

**ÜBER VERÄNDERUNGEN DER RELATIVEN
HÄUFIGKEITEN PSYCHIATRISCHER DIAGNOSEN
SOWIE DER ALTERSVERTEILUNG UND
AUFENTHALTSDAUER PSYCHIATRISCHER
PATIENTEN AN DER NERVENKLINIK DER
UNIVERSITÄT MÜNCHEN
VON 1904 BIS 1972**

Wilhelm Höchter

'976
—



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München
Direktor: Professor Dr. med. H. Hippus

ÜBER VERÄNDERUNGEN DER RELATIVEN HÄUFIG-
KEITEN PSYCHIATRISCHER DIAGNOSEN
SOWIE
DER ALTERSVERTEILUNG UND AUFENTHALTSDAUER
PSYCHIATRISCHER PATIENTEN AN DER NERVEN-
KLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
VON 1904 BIS 1972

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Wilhelm Höchter

aus

Bad Peterstal

1976

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Hippius

Dekan: Prof. Dr. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 1.6.1976



Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Problemstellung	1
2. Literaturübersicht	2
3. Methodik	
3.1. Materialsammlung und -bearbeitung	10
3.2. Auswertung und Darstellung	13
4. Ergebnisse	
4.1. Veränderung der Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen	16
4.2. Altersverteilung der Patienten in den wichtigsten Diagnosegruppen	28
4.3. Aufenthaltsdauer der Patienten in den wichtigsten Diagnosegruppen	32
5. Diskussion	37
6. Tabellen und Abbildungen	58
7. Zusammenfassung	126
8. Literaturverzeichnis	I

1. Problemstellung

Das Problem der Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen begleitet die Geschichte der Psychiatrie seit ihren Anfängen.

Erst KRAEPELIN gelang es, eine Systematik der psychiatrischen Krankheiten aufzustellen, die internationale Anerkennung fand und bis heute die Grundlage der psychiatrischen Diagnostik darstellt (45).

Trotzdem stieß die Einordnung psychiatrischer Krankheitsbilder in allgemeingültige Schemata in der Praxis immer wieder auf Schwierigkeiten.

Konstanz und Variabilität psychiatrischer Diagnosen wurden in Langzeitstudien an den Psychiatrischen Universitätskliniken Freiburg und Heidelberg untersucht.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Veränderungen der relativen Häufigkeit der einzelnen psychiatrischen Diagnosen sowie den Veränderungen der Altersstruktur und Aufenthaltsdauer der psychiatrischen Patienten an der Universitätsnervenklinik München von 1904 bis 1972.

2. Literaturübersicht

Untersuchungen zu dem von uns bearbeiteten Problem der Variabilität und Beeinflußbarkeit psychiatrischer Diagnosen liegen bereits vor von GRUHLE (18), der sich mit der absoluten und relativen Häufigkeit der Diagnosen Schizophrenie, manisch-depressives Irresein und Paralyse an der Universitätsnervenklinik Heidelberg von 1892 bis 1930 befaßte. Er fand dabei einen deutlichen Niederschlag der diagnostischen Auffassungen und Forschungsinteressen der einzelnen Klinikdirektoren.

Mit dem Beginn der Amtszeit KRAEPELINS 1892 stieg die Paralysehäufigkeit bis 1897 auf über 30 % der Gesamtdiagnosen an, was GRUHLE auf das besondere Interesse KRAEPELINS an dieser Krankheit zurückführte.

Dagegen fiel in den darauffolgenden Jahren die Häufigkeit dieser Diagnose steil ab. Aus dem parallel verlaufenden Anstieg der Häufigkeit der Diagnose Schizophrenie schloß GRUHLE auf eine Verschiebung innerhalb dieser beiden Krankheitsgruppen.

Mit dem Weggang KRAEPELINS 1904 nach München fiel die Schizophreniehäufigkeit an der Heidelberger Klinik stark ab. Damit einher ging ein Anstieg der manisch-depressiven Erkrankungen, den GRUHLE mit dem Einfluß WILMANNS erklärte. Den ausgeglicheneren Kurvenverlauf nach dem ersten Weltkrieg deutete GRUHLE als eine zunehmende Vereinheitlichung der diagnostischen Auffassungen. (vgl. dazu Abb. 1 und 2).

Über die Häufigkeit der Paralyse an verschiedenen Kliniken Deutschlands berichtete 1925 BUMKE (9). Er fand an der Leipziger Klinik und in Übereinstimmung damit an allen Kliniken des Landes Sachsen von 1911

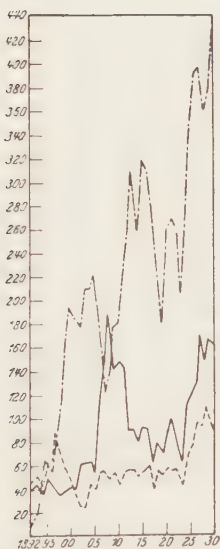


Abb.1a: Absolute Zahlen

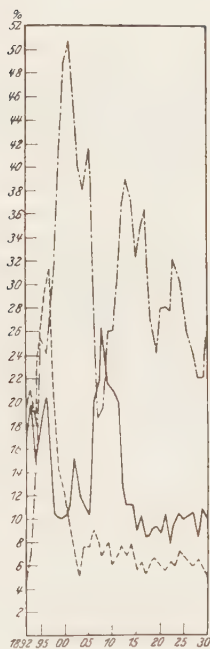


Abb.1b: Prozentzahlen

Abb.1a,b: Aufnahmen der Heidelberger psychiatrisch-neurologischen Klinik von 1892 bis 1930

-.-. Schizophrenie

— Manisch-depressives Irresein

---- Paralyse

Aus: GRUHLE, H.W.: Geschichtliches über
Schizophrenie (18)

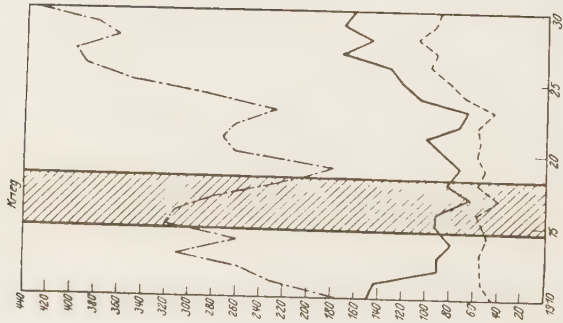


Abb.2a: Absolute Zahlen

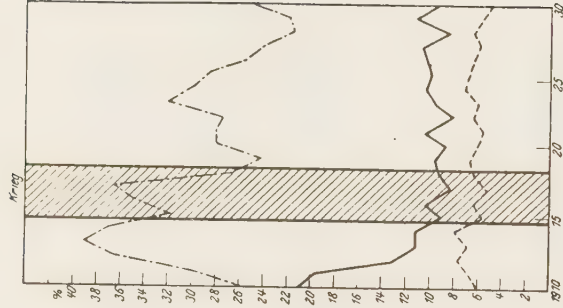


Abb.2b: Prozentzahlen

Abb.2a,b: Aufnahmen der Heidelberger psychiatrisch-neurologischen Klinik 1910 bis 1930

--- Schizophrenie

— Manisch-depressives Irresein

---- Paralyse

Aus: GRUHLE, H.W.: Geschichtliches über Schizophrenie (18)

bis 1916 bzw. 1918 einen Anstieg der Paralysehäufigkeit auf 22 %, dem sich ein Abfall auf 12 % bis zum Jahre 1922 anschloß.

Ein Vergleich dieser Ergebnisse mit den Zahlen aus anderen Kliniken ergab, daß die Häufigkeit dieser Diagnose an den Kliniken Berlin, Breslau und Rostock trotz erheblicher Schwankungen während des untersuchten Zeitraums insgesamt abnahm während sie in München und Freiburg konstant blieb.

MÜLLER und SCHEURLE (45) ermittelten den prozentualen Anteil der einzelnen psychiatrischen Diagnosen bei allen am 1. 1. 1960 in sämtlichen Rheinischen Landeskrankenhäusern stationär untergebrachten Patienten, wobei sie das Würzburger Diagnoseschema (44) zugrunde legten, und verglichen diese Ergebnisse mit der "Irrenstatistik" des Deutschen Vereins für Psychiatrie bzw. der Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater aus dem Jahre 1936.

Auffallend waren dabei Veränderungen der Häufigkeit folgender Diagnosen:

1) Schwachsinnszustände:	1936: 21,6 %	1960: 28,6 %
2) Psychische Störungen		
d. höh. Lebensalters:	1936: 6,0 %	1960: 14,5 %
3) Progressive Paralyse:	1936: 4,1 %	1960: 2,5 %
4) Epilepsie:	1936: 9,2 %	1960: 5,7 %
5) Schizophrenie:	1936: 47 %	1960: 36,6 %
6) Abnorme Reaktionen:	1936: 1,5 %	1960: 0,6 %

Während MÜLLER und SCHEURLE den bei Schwachsinnszuständen bzw. psychischen Störungen des höheren Lebensalters beobachteten Anstieg auf eine intensivere fürsorgliche Betreuung der Bevölkerung bzw. auf die höhere Lebenserwartung und die Abnahme häuslicher Pflege zu-

rückführten, erklärten sie die Abnahme der Epilepsie in erster Linie mit dem Erfolg der antikonvulsiven Therapie.

1961 untersuchte BOCHNIK (3) an der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität Hamburg die Häufigkeit der drei Diagnosen Psychopathie, Neurose sowie Erschöpfungs- und Versagenszustände über den Zeitraum von 1935 bis 1957. Dabei glaubte er eine deutliche Akzentverschiebung der diagnostischen Gewohnheiten feststellen zu können.

Der stetigen Verminderung der Zahl der Psychopathien stand eine Zunahme der Erschöpfungs- und Versagenszustände gegenüber. Die Zahl der Neurosen dagegen blieb im Untersuchungszeitraum relativ konstant.

Beim Vergleich der Diagnosen Schizophrenie und Depression über den Zeitraum 1935 bis 1960 registrierte BOCHNIK (2) parallel zum Abfall der Diagnose Schizophrenie eine Zunahme der manisch-depressiven Erkrankungen und führte dies Ergebnis hauptsächlich auf die Übernahme der Klinik durch BÜRGER - PRINZ zurück (vgl. Abb. 3).

Diese gegensinnige Entwicklung der Häufigkeiten von Schizophrenie und manisch-depressiven Erkrankungen in Abhängigkeit von der Lehrmeinung der verschiedenen Klinikdirektoren bestätigten auch HÄFNER und Mitarbeiter (19) in ihrer Arbeit über die Konstanz und Variabilität klinisch-psychiatrischer Diagnosen.

Sie verglichen die relative Häufigkeit der Diagnosen Schizophrenie, depressive Syndrome, reaktive Depression, Psychopathie und Manie bei den stationär aufgenommenen

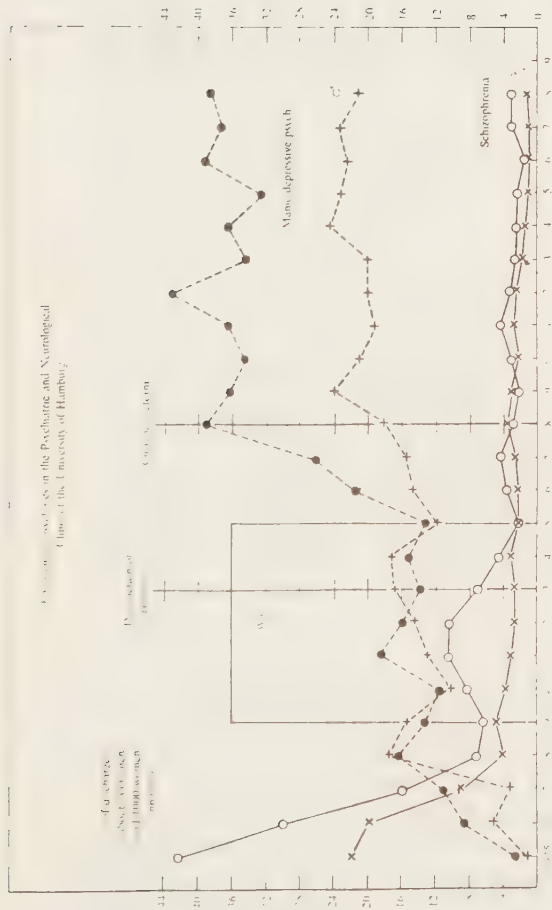


Abb. 3: Endogene Psychosen an der Hamburger Universitätsnervenklinik

Aus: BOCHNIK, H.J.: The methodological problem involved in the limitation of depressive syndromes in European psychiatry (5)

Patienten der Universitätsnervenkliniken Heidelberg und Freiburg von 1900 bis 1960. Gemäß der großen Uneinheitlichkeit, die die diagnostische Situation am Anfang dieses Jahrhunderts noch kennzeichnete, zeigte sich die relative Häufigkeit vor allem der Diagnosen Schizophrenie und Depression deutlich abhängig von den diagnostischen Auffassungen der jeweiligen Klinikdirektoren (sh. Abb. 4a, b).

Die völlig konträren Standpunkte von KRAEPELIN, dem Leiter der Heidelberger Universitätsklinik bis 1904, und dem Direktor der Freiburger Klinik HOCHÉ traten dabei offenzutage. Erst mit der allgemeinen Anerkennung des KRAEPELINschen Klassifikationssystems trat eine Annäherung der Diagnosehäufigkeiten an beiden Kliniken ein.

Weniger solchen kurzfristigen Schwankungen unterworfen als vielmehr einem langfristigen Trend folgend zeigte sich die Diagnose Psychopathie, die von 1920 bis 1960 abnehmende Tendenz erkennen ließ. Dies führte HÄFNER vor allem auf eine zunehmend psychodynamische Betrachtungsweise der "psychopathischen Persönlichkeiten" und somit ihre Einordnung unter die Psycho- bzw. Charakterneurosen zurück.

Die Manie schließlich ließ über den gesamten Untersuchungszeitraum einen ziemlich konstanten Häufigkeitsverlauf erkennen und schien HÄFNER folglich wenig von der Entwicklung diagnostischer Auffassungen beeinflußt.

Politische Ereignisse wie die beiden Weltkriege und die Weltwirtschaftskrise erwiesen sich gegenüber dem Einfluß der jeweiligen Klinikdirektoren, der besonders in der ersten Hälfte des Untersuchungszeitraums zu beobachten war, von untergeordneter Bedeutung auf die Veränderung von Diagnosehäufigkeiten.

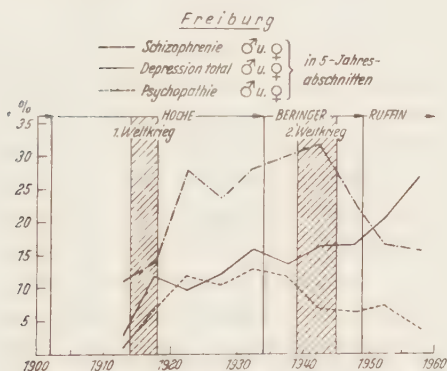
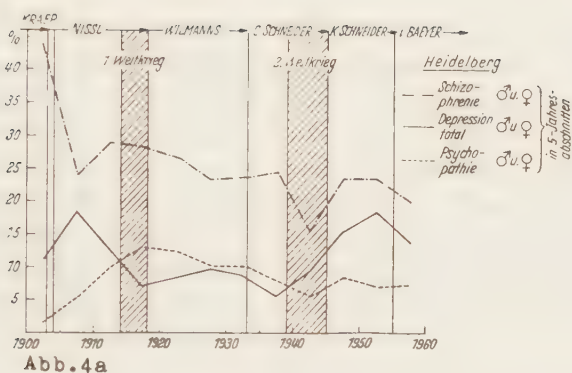


Abb. 4a, b: Prozentuale Häufigkeit der Diagnosen Schizophrenie, Depression und Psychopathie an den Kliniken Heidelberg und Freiburg von 1900 bzw. 1910 bis 1960 unter Berücksichtigung der Amtszeiten der Klinikdirektoren bzw. der beiden Weltkriege

Aus: HAFNER, H.: Konstanz und Variabilität psychiatrischer Diagnosen über sechs Jahrzehnte (19)

3. Methodik

3.1. Materialsammlung und -bearbeitung

Als Grundlage unserer Untersuchung dienten uns die Diagnosebücher der Universitätsnervenklinik München. Sie wurden seit Bestehen der Klinik (1904) jährlich - jeweils getrennt für Männer und Frauen - durchgehend geführt und enthalten das Alter, die Aufenthaltsdauer und die Diagnosen aller stationär aufgenommenen Patienten.

Die Gesamtaufnahmen der Klinik betrugen zwischen 1 500 bis 5 600 Patienten pro Jahr. Die Klinik war ursprünglich für 120 Betten eingerichtet. Unter KRAEPELIN wurde die Bettenzahl auf 180, unter BUMKE auf 250 erhöht. In den Jahren 1963 bis 1970 umfaßte sie 161 bis 171 psychiatrische und 89 bis 99 neurologische Betten. 1971 und 1972 hatten die psychiatrischen Stationen 211, die neurologischen 31 Betten.

Bezüglich des Einzugsgebietes der Klinik fanden wir, daß in den Jahren 1963 bis 1971 jährlich etwa 1 100 bis 1 400 Patienten aus dem unmittelbaren Einzugsgebiet (Stadt- und Landkreis München) stammten; 350 bis 500 Patienten kamen aus dem mittelbaren (Landkreise rund um München) und 1 000 bis 1 700 aus den übrigen Einzugsgebieten (alle außer München und Umgebung).

Bei unseren Erhebungen gingen wir von den Gesamtaufnahmen der Klinik aus; von 1904 bis 1972 waren das 200 033 Patienten, 112 306 Männer und 87 727 Frauen. Da eine Trennung von Neurologie und Psychiatrie nicht bestand, enthalten diese Zahlen auch die neurologisch Erkrankten.

Wegen der großen Anzahl der Fälle beschränkten wir uns auf die Erfassung jedes vierten Jahrgangs und dabei jeweils nur der geradzahligen Seiten der Diagnosebücher. Da die Nervenklinik im November 1904 eröffnet wurde, umfaßt der erste von uns ausgewertete Jahrgang den Zeitraum von November 1904 bis November 1905.

Nach Elimination der neurologischen Diagnosen sowie der psychiatrischen Fälle mit fehlender Diagnose kamen wir auf eine Gesamtzahl von 19 528 psychiatrischen Patienten, 10 238 Männern und 9 290 Frauen.

Während es an der Münchner Klinik anfänglich kein einheitliches Diagnoseschema gab, wurde seit 1930 das sogenannte Würzburger Schema (44) verwendet. Es wurde abgelöst durch ein leicht modifiziertes Schema nach JUNG (44, 28), das lediglich eine Überarbeitung des Würzburger Schemas mit zusätzlicher Klassifikation der neurologischen Erkrankungen darstellt. 1971 wurde das WHO - Schema (16) eingeführt.

Wir stützten uns auf das modifizierte Schema nach JUNG (sh. Tab. 1) und transponierten die Diagnosen aus den Jahren 1904 bis 1956 sowie aus dem Jahr 1972 in dieses Schema. Bei Doppel- bzw. Mehrfachdiagnosen wurde jeweils die an erster Stelle aufgeführte, in Fällen von neurologischer und psychiatrischer Diagnose die psychiatrische erfaßt.

Die Wiederaufnahmen innerhalb eines Kalenderjahres waren bis 1940 nicht gekennzeichnet, so daß wir alle Aufnahmen als Erstaufnahmen behandeln mußten. Ebenso verfahren wir mit den nach 1940 gekennzeichneten Wiederaufnahmen; lediglich Wiederaufnahmen innerhalb von zehn Tagen nach der Entlassung betrachteten wir als einen Krankheitsfall und addierten die angegebenen Aufenthaltsdauern.

1. Angeborene und früherworbene Schwachsinnzustände
(Idiotie, Imbezilität, Debilität, Analphabetie)
2. Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen
3. Progressive Paralyse
4. Psychische Störungen des höheren Lebensalters mit
hirnatrophischen Prozessen
5. Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten
6. Psychosen bei akuten Infektionen, bei Erkrankungen
innerer Organe, bei Allgemeinerkrankungen und Kachexien
("symptomatische Psychosen im engeren Sinne")
7. Alkoholismus
8. Suchten
9. Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen

10. Neurasthenisch-depressive Zustände somatischer Genese
11. Psychische Störungen bei hormonellen Erkrankungen
(endokrines Psychosyndrom)
12. Symptomatische Epilepsie
13. Genuine Epilepsie
14. Schizophrener Formenkreis
15. Manisch-depressiver Formenkreis
16. Psychopathische Persönlichkeiten
17. Zwangskrankheiten
18. Neurosen
19. Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und
Jugendlichen
20. Ungeklärte psychiatrische Fälle
21. Ungeklärte Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen
22. Nicht nervenkrank und frei von psychischen Störungen

Tab.1: Diagnose - Schema psychiatrischer Diagnosen, modifiziert nach R. JUNG

3.2. Auswertung und Darstellung

Wir registrierten mittels Strichlisten - jeweils für Männer und Frauen getrennt - die Häufigkeit der 22 psychiatrischen Diagnosen.

Zur gleichzeitigen Erfassung von Alter und Aufenthaltsdauer der Patienten der einzelnen Diagnosen nahmen wir für jede Diagnose eine Unterteilung in folgende sieben Altersgruppen:

0 - 14 Jahre
 15 - 24 "
 25 - 34 "
 35 - 44 "
 45 - 54 "
 55 - 64 "
 über 65 Jahre

bzw. eine Unterteilung nach der Aufenthaltsdauer in folgende Gruppen vor: bis zwei Wochen

2 - 4 Wochen
 1 - 2 Monate
 2 - 3 "
 3 - 6 "
 6 - 12 "
 über 1 Jahr

Somit erhielten wir für 18 Kalenderjahre jeweils Listen, die die Häufigkeit der 22 psychiatrischen Diagnosen getrennt nach den Geschlechtern in Unterteilung

- a) nach dem Alter und
- b) nach der Aufenthaltsdauer beinhalten.

Wir berechneten für jedes von uns erfaßte Kalenderjahr den prozentualen Anteil der einzelnen Diagnosen an der Gesamtzahl aller psychiatrischen Patienten sowie getrennt

für Männer und Frauen und stellten die Ergebnisse graphisch dar.

Die ursprünglich sieben Altersstufen und Gruppen von Aufenthaltsdauern faßten wir zu jeweils drei Gruppen von

- a) unter 24 Jahre
- b) 25 - 44 Jahre
- c) über 45 Jahre für das Alter und

- a) bis zu zwei Wochen
 - b) zwei bis acht Wochen
 - c) über acht Wochen für die Aufenthaltsdauer zusammen.
- Für die Gesamtpatientenzahl sowie für die Patienten mit den Diagnosen

- a) Schizophrenie, (Dg.-Nr.14),
 - b) manisch-depressive Erkrankung, (Dg.-Nr.15),
 - c) Psychopathie, (Dg.-Nr.16) und
 - d) abnorme Erlebnisreaktion, Neurose, (Dg.-Nr.18)
- ermittelten wir die prozentuale **Verteilung** auf die jeweils drei nach Alter bzw. Aufenthaltsdauer getrennten Gruppen. Die Verschiebungen im Alter der Patienten und die Veränderungen der Aufenthaltsdauer über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg stellten wir graphisch dar.

Ergibt die Summe der prozentualen Anteile in den verschiedenen Gruppen nicht 100, so ist dies auf mangelhafte Angaben vor allem bezüglich des Alters und der Aufenthaltsdauer der Patienten in den Diagnosebüchern zurückzuführen.

Wir errechneten den mittleren prozentualen Anteil der einzelnen Diagnosen im gesamten Untersuchungszeitraum

sowie für die beiden Intervalle 1904 bis 1936 bzw. 1940 bis 1972. Ferner ermittelten wir die mittlere prozentuale Verteilung der Patienten auf die drei nach Alter bzw. Aufenthaltsdauer getrennten Gruppen in diesen Zeiträumen.

Wo es uns wichtig erschien, ermittelten wir diese Werte auch für die Amtszeiten der jeweiligen Klinikdirektoren bzw. für den Zeitraum vor und nach einer einschneidenden Therapieveränderung.

Zum Vergleich der relativen Diagnosehäufigkeit in den beiden Untersuchungszeiträumen 1904 - 36 und 1940 - 72 sowie in den Amtszeiten der einzelnen Klinikdirektoren (KRAEPELIN 1904 - 1922, BUMKE 1924 - 1946, KOLLE 1952 - 1966) bildeten wir folgende Diagnosegruppen:

- 1) Schizophrenie (Dg.-Nr.14),
- 2) manisch-depressives Irresein (Dg.-Nr.15),
- 3) Suchten (Dg.-Nr.7/8)
- 4) Neurosen (Dg.-Nr.10/17/18/19),
- 5) organische Psychosen (Dg.-Nr.2/3/4/5/6/9/11),
- 6) Psychopathien (Dg.-Nr.16),
- 7) Epilepsien (Dg.-Nr.12/13)

und wandten den χ^2 - Test mit zwölf bzw. sechs Freiheitsgraden zum Vergleich von Häufigkeitsverteilungen an, wobei wir das Signifikanzniveau bei einer Zufallswahrscheinlichkeit von $p \leq 0,05$ % setzten.

In der gleichen Weise verglichen wir für jeden der drei Direktionszeiträume die prozentuale Verteilung der Männer und die der Frauen auf die obengenannten Diagnosegruppen.

4. Ergebnisse

4.1. Veränderung der Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen

Die relativen Häufigkeiten aller Diagnosen von 1904 bis 1972 sind in Tab.2 für die Gesamtheit der Patienten dargestellt, in Tab.3 und Tab.4 getrennt für Männer und Frauen.

Die Abb.5 bis 16 zeigen, wie sich von 1904 bis 1972 der prozentuale Anteil der wichtigsten Diagnosen an der Gesamtheit der psychiatrisch Kranken verändert hat.

Die Tab.5 bis 7 führen die Mittelwerte $\bar{x}_1$ (1904 - 72) bzw. $\bar{x}_2$ (1904 - 36) und $\bar{x}_3$ (1940 - 72) mit den jeweiligen Standardabweichungen auf.

Für die einzelnen diagnostischen Gruppen ermittelten wir folgende Ergebnisse:

4.1.1. Angeborene und früherworbene Schwachsinnzustände

Die relative Häufigkeit dieser Diagnose schwankte im gesamten Untersuchungszeitraum zwischen 0,6 % (1964) und 4,6 % (1936).

Die mittlere Diagnosehäufigkeit betrug in den Jahren 1904 bis 36 3,2 % gegenüber 1,9 % 1940 bis 72.

Von 1904 bis 36 waren leichte Schwankungen der Diagnosehäufigkeit im Bereich von maximal 2,8 % zu verzeichnen. Von 1936 bis 64 fiel die Häufigkeit von 4,6 auf 0,6 % und stieg 1968 bis 72 über 0,8 % auf 1,5 % an.

Bei Männern wie Frauen beobachteten wir einen ähnlichen Verlauf, lediglich der geringfügige Anstieg in den beiden letzten Untersuchungsjahren fand sich ausschließlich bei den Männern.

4.1.2. Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen

Diese Diagnose wurde, von einem Vorkommen im Jahre 1912 bei den Frauen abgesehen, erst nach 1920 gestellt; 1932 zeigte sie einen Häufigkeitsgipfel von 2,4 %, blieb aber in der Folgezeit meist unter 1 %. Die mittlere Häufigkeit betrug 0,5 %.

Bei den für Männer und Frauen getrennten Ergebnissen fiel auf, daß bei den Männern fast durchweg deutlich höhere Werte zu finden waren als bei den Frauen (vgl. Abb.5). Der Gipfel im Jahre 1932 wurde fast ausschließlich von den Männern bestimmt, er betrug 4 %.

4.1.3. Progressive Paralyse

Nach einer Periode etwa gleichbleibender Häufigkeit von 10 % in den Jahren 1904 bis 24 fiel die Häufigkeit dieser Diagnose langsam und kontinuierlich ab und erreichte 1968 bzw. 72 fast den Nullwert (vgl. Abb.6a).

Wir faßten die Abschnitte 1904 bis 24, 1928 bis 44 und 1948 bis 72 gesondert zusammen und errechneten jeweils die mittlere Häufigkeit. Die Mittelwerte der einzelnen Abschnitte differierten jeweils deutlich voneinander ($\bar{x}_{1904-24}$: 10,3 %, $\bar{x}_{1928-44}$: 4,8 %, $\bar{x}_{1948-72}$: 1,4 %).

Die Betrachtung der für Männer und Frauen getrennten Statistik zeigte, daß die Häufigkeit bei den Männern (mittlere Häufigkeit: 6,8 %) durchweg höher lag als bei den Frauen (mittlere Häufigkeit: 3,7 %).

Die Verlaufskurven für Männer und Frauen liefen weitgehend parallel, lediglich von 1912 bis 16 wurde kurzfristig eine divergente Entwicklung sichtbar, wobei die Diagnosehäufigkeit bei den Männern anstieg während sie bei den Frauen bereits abfiel (Abb.6b).

4.1.4. Psychische Störungen des höheren Lebensalters mit hirnatrophischen Prozessen

Die Häufigkeit dieser Diagnose schwankte zwischen 3,7 % (1908) und 12,8 % (1944). Die mittlere Häufigkeit betrug 6,9 %. In der zweiten Hälfte unserer Untersuchungszeit wurde die Diagnose mit durchschnittlich 8,4 % häufiger gestellt als in der ersten Hälfte (5,4 %).

Der Kurvenverlauf in Abb.7 zeigte von 1904 bis 32 nahezu gleichbleibende Werte um 5 %, stieg dann bis 1944 auf 12,8 % an und fiel bis 1972 wieder auf 4 % ab.

Die Diagnose wurde bei Männern und Frauen annähernd gleich häufig gestellt; der Häufigkeitsgipfel im Jahre 1944 war jedoch bei den Männern mit 15,1 % ausgeprägter als bei den Frauen (11,0 %).

4.1.5. Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten

Die mittlere Häufigkeit dieser Diagnose betrug 0,3 %. Die Schwankungen lagen zwischen 0 % (1904) und 1,4 % (1972), wo der mit Abstand höchste Wert erreicht wurde.

4.1.6. "Symptomatische Psychosen"

Der mittlere prozentuale Anteil dieser Diagnose an der Gesamtheit der psychiatrischen Diagnosen betrug 1,2 %; dabei lagen die Frauen mit 1,5 % um 0,7 % über den Männern (0,8 %).

Wie aus Tab.2 ersichtlich stieg die Diagnosehäufigkeit von 1904 (0,4 %) bis 1932 (1,9 %) und stagnierte danach bei etwa 1,3 %.

Fast immer lag der prozentuale Anteil, wie dementsprechend die mittlere Häufigkeit, bei den Frauen höher als bei den Männern. Bei den Frauen war ferner die mittlere Häufigkeit der Diagnose in der zweiten Hälfte des Untersuchungszeitraums höher als in der ersten Hälfte (vgl.

Tab.7). 1948 wurde die Diagnose "symptomatische Psychose" bei den Frauen mit 2,7 % am häufigsten gestellt.

4.1.7. Alkoholismus

Die Häufigkeit der Diagnose Alkoholismus unterlag starken Schwankungen. Die über den gesamten Untersuchungszeitraum gefundenen Werte lagen zwischen 0,5 % (1944) und 24,3 % (1908).

Von 1904 bis 12 beobachteten wir einen ausgeprägten Häufigkeitsgipfel, von 1916 bis 40 dagegen wurde die Diagnose wesentlich seltener in einem annähernd konstanten Prozentsatz von etwa 4 % gestellt. 1944 war ein deutlicher Abfall, 1972 ein Neuanstieg, der sich schon 1968 abzeichnete, zu beobachten (vgl. Abb.8a).

Der Häufigkeitsgipfel bei den Männern betrug 34,9 % im Jahre 1908 (Abb.8b).

Bei den Frauen wurde die Diagnose Alkoholismus ebenfalls recht häufig gestellt, erreichte aber maximal 10,7 % (1904). Nach 1904 nahm die Diagnosehäufigkeit hier ab und lag von 1924 bis 64 meist unter 1 %.

Die neuerliche Zunahme in den Jahren 1968 bis 72 war bei beiden Geschlechtern ausgeprägt, wenn auch wiederum bei den Frauen in geringerem Ausmaß als bei den Männern: Frauen 3,9 % 1968 und 5,9 % 1972 gegenüber Männer 8,0 % bzw. 13,2 %.

Wegen des anfänglich hohen Anteils der Alkoholiker am gesamten psychiatrischen Patientenut verglichen wir zusätzlich die Werte von 1904 bis 20, der Ara KRAEPELINS, mit den Werten der Jahre 1924 bis 36 und 1948 bis 72 (vgl. Tab.8) und stellten fest, daß die mittlere Häufigkeit während der Amtszeit KRAEPELINS etwa dreifach höher lag als unter seinen Nachfolgern; dagegen zeigten die Mittelwerte der Jahre 1924 bis 36 und 1948 bis 72

- vor und nach dem zweiten Weltkrieg - keinen deutlichen Unterschied.

4.1.8. Suchten

Der mittlere Prozentsatz der Suchtpatienten in der psychiatrischen Klinik lag bei 1,0 % und war in der zweiten Hälfte der Untersuchungszeit mit 1,4 % doppelt so hoch wie in der ersten Hälfte (0,7 %).

In ihrem Gesamtverlauf überstieg die Kurve (sh. Abb.9a) das Niveau von 1 % dreimal: 1920 (1,7 %), 1948 bis 56 (ca 1,8 %) und 1968 bis 72 (1,3 % und 3,4 %).

Die Männer lagen in der Häufigkeit meist etwas höher als die Frauen. Der Häufigkeitsgipfel der Diagnose im Jahre 1920 ging ganz auf Kosten der Männer, die hier 2,9 % der Gesamtpatientenzahl ausmachten, während bei dem Gipfel von 1948 bis 56 auch bei den Frauen eine Steigerung der Diagnosehäufigkeit zu verzeichnen war und bei dem Anstieg 1968 bis 72 die Steigerung bei Männern und Frauen gleich war (sh. Abb.9b).

Im χ^2 -Test war der Abfall der Diagnosehäufigkeit der Suchten einschließlich des Alkoholismus von der Amtszeit KRAEPELINS zu der BUMKES auf einem Niveau von $p \leq 0,001$ signifikant.

4.1.9. Psychische Störungen bei Vergiftungen

Die Häufigkeit dieser Diagnose blieb immer unter 1 %.

4.1.10. Neurasthenisch-depressive Zustände somatischer Genese

Diese Diagnose wurde nur in ganz wenigen Fällen in den Untersuchungsjahren 1960, 1968 und 1972 gestellt.

4.1.11. Psychische Störungen bei hormonellen Erkrankungen

Diese Diagnose wurde nur ganz vereinzelt gestellt.

4.1.12. Symptomatische Epilepsie

Von 1904 bis 32 trat diese Diagnose nur vereinzelt auf, 1936 stieg sie sprunghaft auf 3,5 % aller psychiatrischen Diagnosen und bis 1960 weiter auf 8,5 % (Abb. 10a,b). 1972 fiel sie wieder auf 3,0 % ab. Dabei lagen die Werte für die Männer durchweg über denen der Frauen, beide Kurven verliefen jedoch parallel. Die Werte bei den Männern erreichten 1960 mit 10,8 % sowie 1968 mit 9,6 %, bei den Frauen mit 6,3 % bzw. 5,9 % die höchsten Werte.

4.1.13. Genuine Epilepsie

Die Diagnose "genuine Epilepsie" wies eine mittlere Gesamthäufigkeit von 7,1 % auf, wobei sich die beiden Untersuchungszeiträume nicht deutlich voneinander unterschieden. Dabei war bei den Männern ein leichter Abfall von der ersten zur zweiten Hälfte zu verzeichnen, bei den Frauen dagegen ein leichter Anstieg. Für die Gesamtheit von Männern und Frauen ergab sich ein leichter Abfall der mittleren Häufigkeit von 7,3 % auf 6,9 %.

Auffallend war die große Zahl genuiner Epilepsien im Jahr 1904, wo diese Diagnose 13,8 % der gesamten psychiatrischen Diagnosen ausmachte; für die Männer allein betrug der Prozentsatz sogar 18 %. Bis 1916 fiel die Häufigkeit auf 4,1 %, stieg bis 1944 bzw. 1956 ganz allmählich auf 9,3 % an und zeigte von 1960 bis 72 Werte um 5 % (Abb. 11a,b).

Die Häufigkeit der Diagnose genuine Epilepsie blieb bei den Frauen immer hinter der bei den Männern zurück, besonders im Anfang, wo sie lediglich 6,9 % (1904) der psychiatrischen Diagnosen betrug.

4.1.14. Schizophrener Formenkreis

Die mittlere Diagnosehäufigkeit betrug 20,2 %; die Schizophrenie stand damit an erster Stelle sämtlicher psychiatrischen Diagnosen. Ein Vergleich der Mittelwerte der ersten Hälfte der Untersuchungszeit mit der zweiten Hälfte ergab lediglich bei den Frauen einen deutlichen Abfall.

In Abb.12a sieht man, daß die Kurve nach einem initialen Abfall von 18 % (1904) auf 8 % (1908) bis 1920 steil auf 32,7 % anstieg. Es folgte ein allmählicher Abfall bis 1968 (10,9 %), dem sich 1972 ein plötzlicher Neuanstieg der Diagnosehäufigkeit anschloß (21,9%).

Die für Männer und Frauen getrennte Statistik zeigte ebenfalls diesen Verlauf, wobei die Werte bei den Frauen durchweg höher lagen als bei den Männern. So lag besonders der Häufigkeitsgipfel im Jahre 1920 bei den Frauen mit 42,2 % um 19,2 % über dem der Männer (23,0 %). Die Differenz der Diagnosehäufigkeit zwischen Männern und Frauen nahm im Laufe der Zeit ab; seit 1956 wurde die Diagnose Schizophrenie bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig gestellt (Abb.12b).

Ein Vergleich der mittleren Diagnosehäufigkeit in der jeweiligen Amtszeit der einzelnen Klinikdirektoren zeigte einen besonders großen Unterschied in den Amtszeiten BUMKES und KOLLES, während die Abnahme der mittleren Häufigkeit von KRAEPELIN zu BUMKE weniger ausgeprägt war. Tab.9 zeigt die Mittelwerte in den jeweiligen Amtszeiten von KRAEPELIN, BUMKE und KOLLE.

4.1.15. Manisch-depressiver Formenkreis

Diese Diagnose hatte eine mittlere Häufigkeit von 15,4 % aller psychiatrischen Diagnosen (Abb.13a,b).

Sie wurde besonders häufig unter KRAEPELIN und KOLLE gestellt; 1908 und 1916 registrierten wir 18 bzw. 18,8 %, 1960 und 1964 29,1 bzw. 30,0 %. Von 1920 bis 1940 blieb die Diagnosehäufigkeit im wesentlichen unter 10 %.

Bei den Frauen lag die Diagnosehäufigkeit des manisch-depressiven Formenkreises wesentlich höher als bei den Männern; sie erreichte 1908 34,6 % sowie 1960/64 40 bzw. 41 %, während die Männer 1908 mit 8 % sowie 1960/64 mit 17,8 und 18,8 % um 26,6 bzw. 22,2 % darunter lagen.

Die Direktionszeit BUMKES differierte auf einem Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$ mit der von KOLLE, weniger mit der von KRAEPELIN (sh. auch Tab.10).

4.1.16. Psychopathische Persönlichkeiten

Von 1904 bis 28 nahm diese Diagnose ständig zu; hatte sie 1904 nur 16,4 % aller psychiatrischen Diagnosen ausgemacht, so war sie 1928 auf nahezu das Doppelte angestiegen (31,3 %). Von 1928 bis 60 aber wurde die Diagnose immer seltener gestellt, sie ging nach 1948 bis auf 4,7 % zurück (vgl. Abb.14a,b).

war die mittlere Häufigkeit von 1904 bis 36 noch 22,7 %, so machte sie von 1940 bis 72 nur noch 10,3 % aus.

Bei den Männern lag der prozentuale Anteil der Psychopathen immer leicht über dem bei den Frauen, nur 1940 wurde die Diagnose bei den Frauen relativ häufiger gestellt als bei den Männern.

Im χ^2 -Test ließen sich signifikante Unterschiede vor allem zwischen den Amtszeiten BUMKES und KOLLES feststellen.

4.1.17. Zwangskrankheiten

Der prozentuale Anteil dieser Diagnose an der Ge-

samtheit der psychiatrischen Patienten blieb mit Ausnahme von 1972 fast stets unter 1 %. Es ließ sich eine ansteigende Tendenz der Diagnosehäufigkeit besonders im Jahre 1972 feststellen.

4.1.18. Abnorme Erlebnisreaktionen, Neurosen

Bis nach dem zweiten Weltkrieg war der prozentuale Anteil dieser Diagnose an der Gesamtheit des psychiatrischen Patientengütes sehr gering. Ohne die Rentenneurotiker, die 1928 und 32 gehäuft auftraten und eine Diagnosehäufigkeit von bis zu 7,6 % bewirkten, wäre ihr Anteil nicht über 3,6 % gestiegen.

Erst seit 1948 wurde diese Diagnose häufiger gestellt und erreichte 1968 einen prozentualen Anteil von 22,4 % der Gesamtfälle.

Dabei zeigten die für Männer und Frauen getrennten Statistiken keine großen Unterschiede. Der Anteil der Männer an den Rentenneurotikern im Jahre 1928 war allerdings um etwa 4 % höher als der der Frauen (vgl. Abb. 15a,b).

Im χ^2 -Test ergab sich für den Anstieg der Diagnosehäufigkeit in den Untersuchungszeiträumen 1904 bis 36, 1940 bis 72, bzw. den Amtszeiten der einzelnen Klinikdirektoren eine Zufallswahrscheinlichkeit von weniger als 0,1 %.

4.1.19. Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Diese Diagnose wurde bis 1952 fast überhaupt nicht gestellt, machte 1960 1,5 %, 1968 und 72 nur noch 0,7 bzw. 0,5 % aller psychiatrischen Diagnosen aus.

4.1.20. Ungeklärte psychiatrische Fälle

Ungeklärt blieben im Gesamtdurchschnitt 1,8 % der psychiatrischen Fälle; im zweiten Untersuchungsabschnitt war die Zahl der ungeklärten Fälle wesentlich höher als im ersten Abschnitt, wobei sich von Untersuchungs-jahr zu Untersuchungsjahr große Schwankungen ergaben.

4.1.21. Ungeklärte Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen

Bis 1952 fiel diese Diagnose nicht ins Gewicht, erst von 1960 bis 72 trat die Diagnose häufiger auf, 1968 sogar in 4,5 %!

4.1.22. Nicht nervenkrank und frei von psychischen Störungen

Für nicht nervenkrank und frei von psychischen Störungen wurde im Schnitt 1,4 % aller in die psychiatrische Klinik eingewiesenen Patienten gehalten. Über den gesamten Zeitraum war ein allmählicher Anstieg der Häufigkeit dieser Diagnose festzustellen. Auffallend war das Überwiegen der Diagnose bei den Männern in den Jahren 1944 bis 60, das bis zu 3 % ausmachte.

4.1.23. Verschiebungen innerhalb einzelner Diagnosegruppen

Verschiebungen der Diagnosehäufigkeit innerhalb der Epilepsien zeigt Abb.27.

Der Abnahme der genuinen Epilepsie in der zweiten Untersuchungshälfte ging ein Anstieg der symptomatischen Epilepsien parallel, so daß die prozentuale Häufigkeit der beiden Diagnosen insgesamt weitgehend konstant blieb.

Verschiebungen zwischen den Diagnosegruppen Psychopathie einerseits und abnorme Erlebnisreaktionen und Neurosen

andererseits zeigt Abb.28.

Mit dem Abfall der Diagnosehäufigkeit der Psychopathie war eine deutliche Zunahme der abnormen Erlebnisreaktionen zu beobachten, so daß die Häufigkeit beider Diagnosegruppen zusammengenommen von 1926 bis 64 nur geringfügig abfiel.

Verschiebungen der Diagnosegruppen Schizophrenie und manisch-depressiver Formenkreis zeigen die Abb.29a, b, c.

Auch hier war eine Zunahme der Diagnosehäufigkeit des manisch-depressiven Formenkreises auf Kosten der Schizophrenie zu beobachten, so daß sich für die Gesamtheit der endogenen Psychosen über den ganzen Untersuchungszeitraum ein ziemlich konstanter Prozentsatz an den Gesamtpatientenzahlen ergab.

Bei der Analyse nach dem χ^2 - Verfahren für Häufigkeitsverteilungen prüften wir, ob in den beiden Untersuchungszeiträumen 1904 bis 36 und 1940 bis 72 für die Diagnosegruppen organische Psychosen, Epilepsien, Suchten, Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankungen, Psychopathie und Neurosen signifikante Unterschiede feststellbar waren.

Da dies sowohl bei der Gesamtheit der Patienten als auch bei Männern und Frauen getrennt der Fall war, untersuchten wir diese Diagnosegruppen auf signifikante Unterschiede in den jeweiligen Amtszeiten der Klinikdirektoren KRAEPELIN (1904 - 22), BUMKE (1924 - 46) und KOLLE (1952 - 66). Hier ergaben sich im χ^2 - Test bei zwölf Freiheitsgraden ebenfalls auf einem Niveau von $p \leq 0,01$ signifikante Unterschiede. Diese kamen durch Häufigkeitsschwankungen bei den Diagnosen Psychopathie, Neurose, manisch-depressive Erkrankung und Sucht zustande.

Beim Vergleich der Häufigkeiten der obengenannten Dia-

gnosegruppen in der Amtszeit KRAHPPELINS mit der seines Nachfolgers BUMKE im χ^2 -Test fanden sich wiederum signifikante Unterschiede, wofür vor allem der Häufigkeitsabfall bei den Suchten und der Häufigkeitsanstieg bei den Psychopathien und Neurosen in diesen beiden Zeiträumen verantwortlich gemacht werden können.

Auch beim Vergleich der Amtszeiten BUMKES und KOLLES fanden sich signifikante Unterschiede. Die Häufigkeitszunahme der manisch-depressiven Erkrankungen und der Neurosen unter KOLLE fiel dabei besonders ins Gewicht; außerdem war der Abfall der Häufigkeit der Diagnose Psychopathie von BUMKE zu KOLLE besonders deutlich.

In beiden Fällen waren die Veränderungen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen - wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß zu verzeichnen.

Wir untersuchten ferner den Anteil der männlichen und weiblichen Patienten an den einzelnen Diagnosegruppen in den Amtszeiten der verschiedenen Klinikdirektoren, und auch hierbei ließen sich signifikante Unterschiede feststellen. In allen drei Direktionszeiträumen bestanden dabei die deutlichsten Differenzen bei den Suchtpatienten einschließlich der Alkoholiker, bei denen die Männer stark überwogen, und bei den manisch-depressiven Patienten, wo die Frauen die Mehrzahl stellten. In der Zeit BUMKES war zusätzlich bei den Schizophrenen das Überwiegen der Frauen besonders deutlich.

Abb. 16 zeigt den Verlauf der drei häufigsten Diagnosen unter Berücksichtigung der Amtszeiten der Klinikdirektoren sowie der Zeit der beiden Weltkriege.

4.2. Altersverteilung der Patienten in den wichtigsten Diagnosegruppen

Die Verteilung der Patienten in den Diagnosegruppen Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, Psychopathie, Neurosen und abnorme Erlebnisreaktionen sowie bei den Gesamtaufnahmen auf die Altersgruppen

unter 24 Jahre

25 bis 44 Jahre und

über 45 Jahre

führten wir für die Gesamtheit der Patienten sowie getrennt für Männer und Frauen in den Tab.11 bis 15 auf.

Den Verlauf der Altersverteilung über den gesamten Untersuchungszeitraum stellten wir für die obengenannten Patientengruppen in den Abb.17 bis 21 dar, für die Gesamtaufnahmen trennten wir zusätzlich nach Männern und Frauen.

Dem mittleren Anteil der einzelnen Altersgruppen im gesamten Untersuchungszeitraum und in den Jahren 1904 bis 36 sowie 1940 bis 72 führen die Tabellen 16 bis 18 auf.

4.2.1. Gesamtaufnahmen

Betrachtet man den Anteil der verschiedenen Altersgruppen an der jeweiligen Gesamtpatientenzahl über den Untersuchungszeitraum von 1904 bis 72, so stellt man fest, daß der Prozentsatz der bis 24jährigen relativ konstant etwa 20 % betrug, während der Anteil der mittleren Altersgruppe, die fast die Hälfte der Patienten stellte, bei geringen Schwankungen insgesamt eine abnehmende Tendenz zeigte und der Prozentsatz der über 45jährigen leicht anstieg (vgl. Tab.11, Abb.17a).

Die Gruppe der unter 24jährigen stellte maximal 28,3% (1920) der Gesamtaufnahmen, fiel bis 1932 auf 16,2 % ab

und stieg erst nach 1964 wieder an bis auf 24,8 % (1972).

Die für Männer und Frauen getrennten Abb.17b und c machen deutlich, daß die Zunahme dieser Altersgruppe nach 1964 ausschließlich auf die männlichen Patienten zurückzuführen ist (1964: 20,3 %; 1968: 28 %; 1972: 32,5 %).

Der prozentuale Anteil der 25-bis 44jährigen lag in der ersten Hälfte des Untersuchungszeitraums mit 49 % deutlich höher als in der zweiten Hälfte (43,2 %). Auffallend war der starke Abfall von 54 % (1912) auf 44 % (1916) bzw. 48,9 % (1936) auf 37,3 % (1944), der bei den Männern wesentlich ausgeprägter war als bei den Frauen.

Der Prozentsatz der Patienten über 45 Jahre stieg bis 1960, wo mit 43,9 % ein Gipfel erreicht wurde, und fiel bis 1972 auf 31,9 % zurück.

Der Abfall von 1960 bis 72 war wiederum - wie aus den Abb.17b und c ersichtlich - vor allem bei den Männern zu sehen; der Anteil der Frauen dieser Altersgruppe verringerte sich in demselben Zeitraum nur geringfügig.

4.2.2. Schizophrene

Der Anteil der unter 24jährigen betrug durchschnittlich 22,2 %. Von 1924 bis 1940 war ein Abfall von 30,7 % auf 14,6 %, danach ein Anstieg bis auf 29,3 % (1956) und ein erneuter Abfall bis auf 11 % (1968) zu beobachten, dem sich 1972 nochmals ein Anstieg auf 23,5 % anschloß.

Zur Gruppe der 25- bis 44jährigen zählten im Mittel 57,4 % aller schizophrenen Patienten, wobei eine leicht fallende Tendenz bemerkbar war.

Für die Altersgruppe über 45 Jahre lag der Mittelwert der zweiten Untersuchungsperiode mit 23 % deutlich über

dem der ersten Hälfte (15,3 %), obwohl von 1960 bis 72 ein Abfall um 9,4 % zu verzeichnen war (vgl. Abb. 18).

Bei getrennter Betrachtung der Werte für Männer und Frauen fiel auf, daß bei beiden Geschlechtern etwa die Hälfte der schizophrenen Patienten aus der Altersgruppe von 25 bis 44 Jahren kamen, wogegen bei den Männern die unter 24jährigen einen deutlich höheren Anteil stellten als die über 45jährigen, was sich bei den Frauen zumindest von 1928 bis 72 genau umgekehrt verhielt (vgl. Tab.12).

4.2.3. Manisch-depressive

Die manisch-depressiv Erkrankten der Altersgruppe unter 24 Jahren machten nur einen geringen Anteil von durchschnittlich 5,8 %, in der zweiten Hälfte des Untersuchungszeitraums sogar nur noch 4,6 % aus. Auffallend waren die beträchtlichen Schwankungen der Einzelwerte in den Jahren 1904 bis 24 sowie der vollständige Ausfall dieser Altersgruppe im Jahr 1940.

Auch für die Gruppe der 25- bis 44jährigen mit einem mittleren Anteil von 36,5 % war bis 1956 eine leicht fallende Tendenz festzustellen. Von 1956 bis 68 zeichnete sich ein Anstieg auf 44,1 %, 1972 ein steiler Abfall auf 26,8 % ab.

Über die Hälfte (56,6 %) der manisch-depressiv Erkrankten waren älter als 45 Jahre, wobei der Anteil dieser Altersgruppe in der zweiten Untersuchungsperiode mit 60,2 % noch zunahm gegenüber der ersten (53,1 %); 1972 betrug er 69 % (Abb.19).

Bei den Frauen wurde diese Verschiebung in höhere Altersgruppen besonders deutlich.

4.2.4. Psychopathische Persönlichkeiten

Der Anteil der jugendlichen Patienten nahm in dieser Diagnosegruppe nach 1920 von 52 % erheblich ab, am geringsten war er 1956 mit 14,8 %. Von da an war bis 1972 eine erneute Zunahme bis auf 46 % zu beobachten.

Die mittlere Altersgruppe zeigte Schwankungen um einen Mittelwert von 48,1 %. Eindrucksvoll war der Abfall von 1936 bis 44 von 59,6 auf 37,5 %, dem in den darauffolgenden Jahren ein Wiederanstieg folgte.

Bei den über 45jährigen war eine klare Steigerung des prozentualen Anteils sichtbar: von 5,6 % 1904 bis auf 31,2 % 1956. Nach 1956 ging der Anteil der über 45jährigen Patienten zurück bis auf 10 % (1972) (vgl. Abb.20, Tab.14).

4.2.5. Patienten mit Neurosen und abnormen Erlebnisreaktionen

Für diese Diagnosegruppe ließen sich aufgrund der geringen absoluten Patientenzahlen bis 1948 keine verläßlichen Prozentangaben erstellen.

Von 1952 bis 72 blieb der prozentuale Anteil der mittleren Altersgruppe relativ konstant, während der Anteil der jüngsten Altersgruppe von 15,7 auf 37,4 % deutlich zunahm und der Prozentsatz der über 45jährigen im selben Zeitraum von 34 % auf 21,2 % absank, was in beiden Fällen allein durch Altersverschiebungen bei den männlichen Patienten verursacht wurde (Abb.21, Tab.15).

4.3. Aufenthaltsdauer in den wichtigsten Diagnosegruppen

Die Aufenthaltsdauer faßten wir in die Gruppen unter zwei Wochen, zwei bis acht Wochen und über acht Wochen zusammen und erstellten für die Gesamtheit der Patienten und getrennt für Männer und Frauen bei den Schizophrenen, den Manisch-depressiven, den psychopathischen Persönlichkeiten, den Patienten mit Neurosen sowie bei den Gesamtaufnahmen die Tab.19 bis 23.

In den Tab.24 bis 25 sind für den gesamten Untersuchungszeitraum und für die Jahre 1904 bis 36 und 1940 bis 72 die Mittelwerte und Standardabweichungen bei den oben genannten Patientengruppen mit Ausnahme der Neurotiker wiedergegeben.

Die Abb.22 bis 26 verdeutlichen, wie sich die Aufenthaltsdauer bei diesen Gruppen im Laufe des Untersuchungszeitraums verändert hat; für die Gesamtaufnahmen trennten wir zusätzlich nach Männern und Frauen.

4.3.1. Gesamtaufnahmen

Abb.22a gibt die Entwicklung der Aufenthaltsdauer aller im gesamten Untersuchungszeitraum stationär aufgenommenen psychiatrischen Patienten wieder. Sie zeigt deutlich, daß der Anteil der Patienten, die weniger als zwei Wochen in der Klinik blieben, im Laufe der Zeit stark abgenommen hat. Von 1904 bis 36 zählten noch 55 % aller Patienten zu dieser Gruppe, von 1940 bis 72 gehörten ihr nur noch durchschnittlich 40,3 % an.

Während der Amtszeit KRAEPELINS betrug der Anteil dieser Patientengruppe 58,7 %, während er unter BUMKE auf 48,6 % und unter KOLLE auf 35,9 % abfiel.

Eine deutliche Unterbrechung dieser fallenden Tendenz beobachteten wir 1944, wo die nur kurzfristig stationär aufgenommenen Patienten wieder einen Anteil von 63,6 % (fast 20 % mehr als 1940) ausmachten.

Eine jeweils gegenläufige Tendenz zeigte die zweite Patientengruppe (Aufenthaltsdauer zwei bis acht Wochen): Anstieg von 32 % (1904) auf 59 % (1968), Unterbrechung der Entwicklung 1944 mit einem Abfall um 20 % von 41,7 % auf 21,1 % (vgl. Abb.22a).

Die Patienten, die sich länger als acht Wochen in der Klinik befanden, machten mit durchschnittlich 11,5 % einen wesentlich geringeren Anteil der Gesamtpatientenzahl aus. Nach 1926 (6,1 %) stieg ihr Prozentsatz auf 18,6 % 1932, fiel aber bis 1948 (von einer Unterbrechung 1944 abgesehen) auf 6,2 % ab und stieg bis 1972 wieder auf 15,3 %.

Betrachtet man Männer und Frauen getrennt, so fällt auf, daß die drei nach der Aufenthaltsdauer gestaffelten Gruppen bei beiden Geschlechtern über den ganzen Untersuchungszeitraum jeweil parallel verlaufen (Abb. 22b,c). Dabei lag der Anteil der unter zwei Wochen stationär Behandelten bei den Männern mit 51,6 % durchschnittlich um 10 % höher als bei den Frauen (40,5 %). Die Gruppen mit mittlerer und höherer Aufenthaltsdauer waren bei den Frauen prozentual stärker vertreten als bei den Männern.

4.3.2. Schizophrenie

Über den gesamten Untersuchungszeitraum war fast die Hälfte der schizophrenen Patienten zwischen zwei und acht Wochen in stationärer Behandlung. Lediglich 1944 war ein Abfall dieser Gruppe auf 18,6 % zu beobachten.

Der bis 1920 zunehmende Anteil der unter zwei Wochen Hospitalisierten zeigte von 1924 an mit Ausnahme der Jahrgänge 1944 und 48 (41,3 bzw. 43,3 %) fallende Tendenz.

Ein Vergleich des mittleren prozentualen Anteils der Gruppe mit Aufenthaltsdauern über acht Wochen ergab mit 16,2 % in der ersten Untersuchungsperiode deutlich niedrigere Werte als in der zweiten (27,2 %). Dabei war vor allem ein ausgeprägter Anstieg von der Amtszeit KRAEPELINS zu der BUMKES zu verzeichnen.

Beim Vergleich von Männern und Frauen ergaben sich keine bemerkenswerten Unterschiede.

4.3.3. Manisch-depressive

Der Verlauf des Anteils der nur kurzfristig in die Klinik aufgenommenen Patienten zeigte hier eine insgesamt fallende Tendenz, die 1916 durch einen leichten Anstieg unterbrochen wurde.

Ein Vergleich der Mittelwerte der beiden Untersuchungshälften (30,8 % und 16,8 %) macht diesen Abfall deutlich. Besonders eindrucksvoll war dabei der Unterschied zwischen der Amtszeit BUMKES mit einem Anteil dieser Gruppe von durchschnittlich 27 % und der von KOLLE: 2,4 %.

Die Gruppe der zwischen zwei und acht Wochen stationär behandelten Patienten bewegte sich in der ersten Hälfte der Untersuchungsperiode mit beträchtlichen Schwankungen um einen Mittelwert von 48,6 %. Nach 1944 stieg der Anteil bis 1952 steil auf 79,4 % und sank dann auf 67,6 % im Jahre 1972 ab. Der mittlere prozentuale Anteil, der in der Zeit BUMKES 47,7 % betrug, stieg auf durchschnittlich über 70 % in den Jahren 1952 bis 64.

Die Gruppe der Patienten, die über acht Wochen in der Klinik untergebracht waren, machte im Durchschnitt 19,4 % aus. Auffallend war der Abfall von 1944 bis 52 (vgl. Abb.24).

4.3.4. Psychopathische Persönlichkeiten

Bei den Psychopathen überwog eindeutig die Gruppe der bis zu zwei Wochen stationär aufgenommenen Patienten. In der ersten Untersuchungsperiode machte ihr Anteil durchschnittlich 63,1 % aus, 1944 stieg er sogar auf 78,8 % an. Von 1944 an wurde aber ein deutlicher Abfall auf 37 % im Jahre 1968 beobachtet (Tab.25, Abb.25).

Fast spiegelbildlichen Verlauf zeigte der Anteil der Patienten mit mittlerer Aufenthaltsdauer. Nach etlichen Schwankungen in der ersten Untersuchungsperiode (Mittelwert 32,5 %) war 1944 ein starker Abfall auf 20% zu beobachten, dem ein deutlicher Anstieg auf 53,7 % bis zum Jahre 1968 folgte.

Die Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von über acht Wochen machten im gesamten Untersuchungszeitraum lediglich einen durchschnittlichen Anteil von 4,8 % aus; nur in der Amtszeit KOLLES betrug er 6,4 %.

4.3.5. Patienten mit Neurosen und abnormen Erlebnisreaktionen

Wegen zu geringer absoluter Patientenzahlen dieser Diagnose konnten wir für die Jahre 1904 bis 44 keine verlässlichen Prozentzahlen errechnen.

Von 1948 an fiel der Anteil der Patienten mit niedriger Aufenthaltsdauer von 72,7 % auf 28,6 % (1968), der der Patienten mit mittlerer Aufenthaltsdauer stieg gegenläufig von 26,6 % (1948) auf 62,6 % (1968). Von 1968 bis 72 ergab sich jeweils eine Umkehr dieses Trends, die bei den Patienten mit einer nur zweiwöchigen Aufent-

haltsdauer durch einen Neuanstieg ausschließlich bei den Frauen verursacht war.

Die Gruppe der über acht Wochen stationär behandelten Patienten zeigte einen Anstieg von 0,8 % (1948) bis auf 11,3 % (1972) (vgl. Abb.26).

5. Diskussion

Bei der Auswertung der Diagnosebücher der Klinik waren wir lediglich auf Abschlußdiagnosen angewiesen. Etwaige Zweit- oder Drittdiagnosen konnten wir außerdem nicht berücksichtigen.

Da das JUNGsche Schema, in das wir die vorgefundenen Diagnosen übertrugen, lediglich eine Modifikation des Würzburger Schemas darstellt, und dieses seinerseits im wesentlichen auf KRAEPELIN zurückgeht (39), ist somit über den gesamten Untersuchungszeitraum an der Münchner Klinik eine gewisse Kontinuität der Diagnose-schemata gegeben.

Aus den gewonnenen Daten erstellten wir für die einzelnen Diagnosen Verlaufskurven. Da wir jedoch nur jeden vierten Jahrgang auswerteten, muß sich unsere Aussage notwendigerweise auf langfristige Entwicklungen beschränken, kurzfristige Trends konnten bei diesem Vorgehen nicht erfaßt werden.

Bei unseren Ergebnissen haben wir relative, nicht absolute Häufigkeiten verglichen. Wir können daher weniger auf tatsächliche Häufigkeitsverschiebungen psychiatrischer Erkrankungen bei der Bevölkerung schließen, sondern erfassen mehr den Wandel diagnostischen Verhaltens.

5.1. Diagnosehäufigkeiten

Neben den großen Diagnosegruppen wie endogene Psychosen, Psychopathien und Neurosen, Suchtkrankheiten und Epilepsien gibt es eine Reihe von Diagnosen - vor allem bei den körperlich begründbaren psychischen

Störungen - die in unserem Patientenkollektiv zahlenmäßig eine untergeordnete Rolle spielten und die auch dem Wandel psychiatrischer Lehrmeinungen kaum unterworfen waren. Sie sollen daher im folgenden nur kurz besprochen werden.

Die angeborenen und früherworbenen Schwachsinnszustände stellten in der Vergangenheit ein weitgefaßtes Gebiet dar. KRAEPELIN verstand darunter "frühzeitige mehr oder minder erhebliche Störungen der allgemeinen seelischen Entwicklung" (40).

Der von uns registrierte Abfall der Diagnosehäufigkeit von 1936 bis 1968 ist auf mehrere Ursachen zurückzuführen: einerseits wurde die Früherkennung und Frühbehandlung angeborener Schäden (z.B. Phenylketonurie) beim Neugeborenen sowie die Schwangerenbetreuung, die Präventivmedizin (z.B. Kretinismus, Röteln) und die Infektbekämpfung (z.B. Meningitis) wesentlich verbessert.

Auch KUSCHLICK (42) berichtete über eine Abnahme der Anzahl geistig schwer Behinderter.

Andererseits werden Patienten dieser Diagnosegruppe von anderen Kliniken (Kinderklinik, Endokrinologie) diagnostiziert und von sozialfürsorglichen Stellen und Landesheilanstalten betreut (vergleiche: Prävalenzrate in Rheinischen Landeskrankenhäusern 1960: 28,6 ‰! (45))

Dagegen hat die verbesserte Betreuung im Rahmen der Perinatalogie auch wieder das Überleben geschädigter Kinder zur Folge und die Möglichkeiten der modernen Medizin verlängern die Lebensdauer solcher Patienten; jedenfalls interpretiert KUSCHLICK (42), die von ihm beobachtete Zunahme von Schwachsinnszuständen bei über 15jährigen in dieser Weise.

Der von uns registrierte Häufigkeitsgipfel von 1936 läßt sich vielleicht mit den eugenischen Gesetzen der Nazi-

zeit erklären.

Bei den psychischen Störungen nach Gehirnverletzungen ist insgesamt eine deutliche Überzahl der männlichen Patienten zu verzeichnen. Die ausgeprägte Häufung dieser Diagnose in den Jahren 1924, 1928 und 1932 ist sicher als Kriegsfolge zu werten.

Für den Anstieg der Diagnosehäufigkeit in den 50er Jahren läßt sich zusätzlich die Zunahme von Verkehrs- und Betriebsunfällen verantwortlich machen.

Daß der von uns als Kriegsfolge gedeutete erste Gipfel in die Zeit der Weltwirtschaftskrise fällt, interpretieren wir als Zeichen einer Dekompensation solcher Patienten in wirtschaftlich schwierigen Zeiten. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch die auffällige Zunahme der Renten neurosen zur selben Zeit, wiederum vor allem bei den Männern.

Die stetig wachsende Lebenserwartung des Menschen ist ausschlaggebend für die vor allem bei den Männern deutliche Zunahme der Diagnose psychische Störungen des höheren Lebensalters in der zweiten Untersuchungsperiode.

Dem Häufigkeitsgipfel von 1936 bis 44 geht ein - kriegsbedingter - Ausfall der jüngeren Jahrgänge im Gesamtpatientengut der Klinik parallel.

Daß die Diagnosehäufigkeit nach 1952 nicht weiter ansteigt, erklären wir teilweise dadurch, daß diese Patienten heute zum Teil als neurologische Fälle (systematische Atrophien und Heredodegenerationen des Nervensystems, Gefäßerkrankungen des Nervensystems, Ernährungsschäden) diagnostiziert werden.

Die Häufigkeit psychischer Störungen bei anderen Hirnkrankheiten war mit durchschnittlich 0,3 % über den gesamten Untersuchungszeitraum kontinuierlich niedrig. Ob der Anstieg 1972 Ausdruck einer allgemeinen Tendenz ist,

kann hier noch nicht beantwortet werden.

Symptomatische Psychosen traten bei weiblichen Patienten häufiger auf als bei männlichen, was wir uns mit der Einordnung der Graviditäts-, Puerperal-, Laktations- und Menstruationspsychosen unter diese Diagnosenummer erklären.

Die Diagnose psychische Störungen bei Vergiftungen registrierten wir lediglich in den Fällen, in denen in den Diagnosebüchern auf die psychischen Störungen ausdrücklich hingewiesen war.

BUMKE schrieb im Jahresbericht 1924/25 (11), daß fast alle Intoxikationen neurologische Symptome verursachten. Bezüglich der psychischen Störungen warf er die Frage auf, ob sie nicht häufig nur eine Exazerbation endogener Psychosen darstellten.

Kaum zur Anwendung kam die Diagnose neurasthenisch-depressive Zustände somatischer Genese, die durch JUNG (28) bei der Umarbeitung des Würzburger Schemas in den Diagnosenkatalog aufgenommen wurde, weil er sie in Freiburg bei Unterernährung und nach Infektionen beobachtet zu haben glaubte.

Ebenfalls sehr selten war die Diagnose psychische Störungen bei hormonellen Erkrankungen. Wahrscheinlich werden diese Patienten größtenteils in den Medizinischen Kliniken betreut. Möglicherweise kam es bei dieser Diagnose in einzelnen Fällen zu Überschneidungen mit der Diagnose "symptomatische Psychose".

Recht häufig (ca. 10 % der Gesamtaufnahmen) war bis 1920 die Diagnose progressive Paralyse. Dies läßt sich nach den Untersuchungsergebnissen GRUHLEs (18) eventuell teilweise auf das besondere Forschungsinteresse KRAEPELINS zurückführen.

Auch BUMKE (9) fand in München die zweithäufigste Paralysehäufigkeit von allen untersuchten Kliniken. Während BUMKE für Leipzig und andere sächsische Kliniken eine bis 1916/18 zunehmende Häufigkeit der Paralyse beschrieb, die er durch eine verbesserte Diagnostik (WaR, Lumbalpunktion) erklärte, - eine ähnliche Tendenz ist im Jahresbericht der Münchner Klinik für die Jahre 1908/9 (27) beschrieben - fand er an der Münchner und den bayerischen Kliniken 1913 bis 23 eine mit 9 % relativ konstante Paralysehäufigkeit.

Hierbei können wir uns der Interpretation BUMKES die Münchner Klinik betreffend nicht ganz anschließen, denn betrachtet man die Zahlen getrennt nach Geschlechtern, so findet man bei den männlichen Patienten - nicht allerdings bei den Frauen! - genau den von BUMKE in Leipzig beschriebenen Verlauf.

Als Erfolg der antiluischen Therapie (Salvarsan, Malaria-therapie, Penicillin) interpretieren wir die jeweils deutliche Abnahme der Paralysehäufigkeit in den Intervallen 1904 bis 24 und 1928 bis 44 bzw. 1948 bis 72.

Übereinstimmend damit berichteten MÜLLER und SCHEURLE (45) aus den Rheinischen Landeskrankenhäusern über einen Abfall der Paralysehäufigkeit unter den stationären Patienten von 4,1 % (1936) auf 2,5 % (1960).

Bezüglich der Interpretation HOCHES zur Abnahme der Paralysehäufigkeit sei auf eine Arbeit BUMKES (9) verwiesen. HOCHHE sah im Auftreten der Paralyse lediglich "eine Phase in dem jahrhundertelangen Kampf zwischen Spirochäte und menschlichem Organismus". Er glaubte, daß sich die Konstitution des Menschen über eine Vererbbarkeit erworbener Immunität gewissen Infektionen gegenüber allmählich ändere und sah in der Paralyse eine besondere Erscheinungsform der Syphilis, die im Laufe der

Zeit milder und seltener werden und eines Tages sogar von selbst verschwinden könnte. "Ich zweifle nicht daran, daß die Jüngeren unter uns den Tag noch sehen, an dem die Paralyse uns nur noch historisch interessiert."

Suchtkrankheiten

Unter den Suchtkrankheiten wird der Alkoholismus gesondert aufgeführt. Die Häufigkeit der Diagnose Alkoholismus in den Jahren 1904/1908 erklärt sich dadurch, daß laut Gesetz alle Betrunkenen, die von der Polizei aufgegriffen wurden, in die Nervenklinik gebracht wurden (25). Vom Jahre 1908/9 an (27) wies die Klinik Betrunkene zurück. Seither stellten die Alkoholiker nur noch die zweitgrößte Gruppe der psychiatrischen Patienten nach den Manisch-depressiven.

Hinzu kam die 1916 wie 1944 zu beobachtende Abnahme des Alkoholismus durch die kriegsbedingte Verknappung und Verteuerung des Alkohols (38,11).

Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges berichtete aus der Dresdner Heil- und Pflegeanstalt vergleichen mit England ÖHMIG 1918 (46): in Dresden fiel der Prozentsatz des Alkoholismus bei Männern von 1908 bis 1917 von 38,4 % auf 2,5 %, bei den Frauen von 5,7 % auf 0,9 %.

Ebenso war in Liverpool, London-Ost und Glasgow von 1913 bis 16 eine Abnahme des Alkoholismus zu verzeichnen.

Auch KRAEPELIN (38) beschrieb den Abfall des Alkoholismus von 22,1 % auf 5,5 % in den Jahren 1910 bis 1919.

Absolute Anzahl der Alkoholiker:

1910	1914	1915	1916	1917	1918	1919
300	277	126	76	56	44	43

KRAEPELIN persönlich legte dem Alkohol große Bedeutung bei (Auswirkungen auf Familie und Gesellschaft, Kriminalität und Erbmasse) und hielt ihn für ätiologisch wesentlich bei der Epilepsie, der Paralyse und der Arteriosklerose (25,34).

Die auffällige Seltenheit des Delirium tremens in München führte er auf den dort überwiegenden Bierkonsum zurück.

In neuerer Zeit weist HIPPIUS (21,22) auf die gesellschaftspolitische Relevanz des Alkoholismus hin, der trotz des zunehmenden Drogenmißbrauchs das bedeutendste Suchtproblem bleibt. Nach seinen Ausführungen sind durch den Alkoholismus 2 % der Bevölkerung direkt, 4 bis 5 % indirekt betroffen.

In diesem Zusammenhang ist der Neuanstieg des Alkoholismus, der sich bei unseren Ergebnissen in den Jahren 1968 bis 72 abzeichnet, bemerkenswert, wobei wahrscheinlich die steigenden Anforderungen des heutigen Berufslebens das Auffälligwerden und das soziale Abgleiten des Alkoholikers beschleunigen.

Auf drei Haupttrends des Alkoholismus macht MIELHOLZ (31) aufmerksam:

- 1) Zunahme des Alkoholismus und Übergreifen auf immer jüngere Jahrgänge,
 - 2) Häufigerwerden bei Frauen,
 - 3) eindeutige Zunahme der Polytoxikomanie,
- was durch unsere Zahlen bestätigt wird.

Unter den nicht alkoholisch bedingten Suchtkrankheiten beobachteten wir 1920 bei den Männern einen Anstieg, den wir übereinstimmend mit MAIER (43) auf die sich damals verbreitende Mode des Kokainschnupfens zurückführen.

Über die Zunahme des Kokainismus in Berlin von 1,8 % 1913 auf 13 % 1924 berichtete BONHOEFFER (zit. n. (43)).

Im Jahresbericht 1924/25 (11) nennt BUMKE bezüglich der Häufigkeit der verschiedenen Suchtmittel an erster Stelle Morphin, an zweiter Kokain, an dritter Stelle Opium. Als ursächlich für den Morphinismus sieht er die Verwendung von Morphin zur Schmerzbekämpfung bei Kriegsverletzten. Dies dürfte auch eine der Ursachen für den neuerlichen Anstieg der Suchten nach dem zweiten Weltkrieg darstellen, wobei möglicherweise zusätzlich die soziale, wirtschaftliche und politische Situation eine Rolle spielen.

Ab 1968/72 ist ein auffallend starker Anstieg der Suchten zu bemerken. Hierzu berichteten COPER und HIPPIUS 1970 (15) über die Zunahme des Haschischmißbrauchs aus der Berliner Klinik: während sie dort unter ca. 700 Aufnahmen pro Jahr 1966 noch keinen einzigen Fall von Haschischmißbrauch registrierten, steigerte sich der Anteil der Haschischsüchtigen über 4 Fälle 1968 auf 25 bzw. 35 (Mischdrogen) Fälle 1969.

Den tieferen Grund für die Haschischwelle sieht HIPPIUS in der Leistungsgesellschaft und der existenziellen Versagensangst solcher Patienten. Er hebt die Gefahr des Umsteigens von Haschisch auf härtere Drogen hervor (20) und betont den Zusammenhang von Alkohol- und Medikamentenabusus. Er sieht den Drogenkult auch im Zusammenhang mit der antiinstitutionellen Bewegung (22) und zeigt folgende aktuelle Trends auf: Übergreifen auf junge Jahrgänge, auf untere soziale Schichten, auf die weibliche Jugend und von "soft" zu "hard use", sowie Übergang zur Polytoxikomanie.

Als Folgen des zunehmenden Rauschmittelmißbrauchs sehen BARTH und Mitarbeiter (2) bzw. KIELHOLZ und LADEWIG (30) psychische Abhängigkeit, Verwahrlosungssyndrome mit völliger Apathie und psychotische Zustandsbilder.

Bezüglich der Geschlechterverteilung unter jugendlichen

Drogenabhängigen geben KIELHOLZ und LADEWIG ein Verhältnis von 3 : 1 für Männer und Frauen an.

Daß der von uns beobachtete Anstieg der Suchten 1968 bis 72 bei den Frauen erstmals dem der Männer parallel geht, spiegelt unserer Meinung nach teilweise das Übergreifen des Drogenmißbrauchs auf die weibliche Jugend (HIPPIUS), andererseits aber den zunehmenden Mißbrauch von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln bei Frauen höheren Alters.

Epilepsien

Bei der Diagnose Epilepsie war in den Diagnosebüchern nicht immer ersichtlich, ob es sich um symptomatische oder genuine handelte. In Zweifelsfällen nahmen wir genuine Epilepsie an. Das von uns beobachtete Absinken der Diagnosehäufigkeit "genuine Epilepsie" im Untersuchungszeitraum wurde bereits im Jahresbericht der Klinik 1968/9 (27) mit einer Verschiebung der Diagnose zu den Psychopathien hin erklärt; dem entspricht in unseren Ergebnissen ein Anstieg der Diagnose "Psychopathie" in jener Zeit.

Die Schwierigkeiten der Abgrenzung von genuiner und symptomatischer Epilepsie betonte BUMKE (14) 1939. Er stützte sich dabei auf folgende Autoren: SCHNEIDER hielt 20 % der Epilepsien für erblich, VILLINGER dagegen 75,5 %; nach KONRAD sind 53,3 % sicher endogen, 24,2 % Mischformen; STAUDE betrachtet 44 bis 55 % der Epilepsien als erblich und 12 bis 14 % als Mischformen.

KUGLER (41) kommt bei seiner Untersuchung der Krankengeschichten der Universitätsnervenklinik München zu folgender Einteilung für die Epilepsien:

	genuin	unbestimmt	residual	traumatisch
1925	91 %	1 %	2 %	5 %
1945	23 %	44 %	16 %	4 %
1965	1 %	55 %	24 %	10 %

Daraus wird deutlich, daß die Diagnose genuine Epilepsie heute kaum mehr gestellt wird, was unsere Ergebnisse bestätigen, wenn man bei KUGLER die hohe Zahl an unbestimmten Fällen berücksichtigt. Bei gleichbleibendem Anteil sämtlicher epileptischer Erkrankungen an der Gesamtpatientenzahl nimmt in unseren Ergebnissen die Häufigkeit der symptomatischen Epilepsien von 1940 bis 72 deutlich zu. Dies läßt sich mit der Einführung neuer diagnostischer Methoden erklären, wobei vor allem die Einführung des EEG 1929 durch BERGER, einen Lehrer KOLLES, bedeutsam war.

Psychopathien und Neurosen

Bei den Psychopathien ist eine steigende Häufigkeit bis 1928, von da an eine stetige Abnahme zu verzeichnen.

Während der Jahresbericht 1908/9 (27) die damalige Zunahme der Psychopathien damit erklärt, daß diese Patienten häufiger stationär aufgenommen würden, sieht HÄFNER (19) im stetigen Anstieg der Häufigkeit dieser Diagnose bis 1920 in Heidelberg und Freiburg das Durchsetzen dieses Krankheitsbegriffes, der vor allem von KOCH (32) eingeführt wurde.

Im zunehmenden Überwiegen der weiblichen Patienten unter den psychopathischen Persönlichkeiten von 1936 bis 44, wie es unsere Abb.14b verdeutlicht, sehen wir übereinstimmend mit HÄFNER (19) und JUNG (29) den Einfluß des Krieges.

Den Anteil der Neurosen innerhalb der Gesamtpatientenzahl fanden wir bis 1940 gleichbleibend gering mit Ausnahme einer Mäufung in den Jahren 1928 bis 32, die wir der Zunahme der Renten neurosen - vorwiegend bei den Männern - zuschreiben. Hierin stimmen wir mit ACKERKNECHT (1) und v. BAYER (3) überein.

Von 1940 an findet sich in unseren Ergebnissen eine stetige, dem Abfall der Psychopathien gegenläufige Zunahme der Neurosen. Beide Erkrankungen zusammen stellen einen ziemlich konstanten Anteil am Gesamtpatientengut dar, wie Abb.28 verdeutlicht.

Diese Verschiebung der Psychopathie zu den Neurosen interpretieren wir übereinstimmend mit HAFNER (19) als Ausdruck einer mehr und mehr psychodynamischen Betrachtungsweise innerhalb der Psychiatrie (Einfluß FREUDS, BINSWANGERS).

Diese Akzentverschiebung verdeutlichte WALTER - BUEL (48), als er 1952 beschrieb, daß dem Begriff "Psychopathie" etwas "Statisches, anlagemäßig Fixiertes, Trostloses und Unbeeinflußbares und damit für den Arzt etwas Deskriptiv - Resigniertes, Pessimistisches, für den Patienten etwas Deklassierendes, Stigmatisierendes" anhafte. Anders sei es bei den psychogenen Störungen und Neurosen, "wo reiche Psychodynamik herrscht, wo die Störung sinnvoll wird, Verständnis findet und einen Appell ausdrückt,..., wo der Arzt prognostisch optimistisch gestimmt und therapeutisch aktiv wird."

Die Häufigkeitszunahme der Diagnose Zwangskrankheiten im Jahre 1972 erklären wir durch die Einführung des WHO - Schemas (16) an der Klinik, in welchem erstmals deutlich wird, in welchen Fällen von Psychopathie es sich eventuell um anankastische Persönlichkeiten handelte.

Die Diagnose Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen erscheint erst in den 50er Jahren in den Diagnosebüchern, was wohl als Folge einer verstärkt psychodynamischen Betrachtungsweise innerhalb der Psychiatrie zu werten ist wie bei den Neurosen.

Endogene Psychosen

Unter die Diagnose Schizophrenie reihten wir auch die Diagnose Paranoia ein, die lange Zeit eine umstrittene Krankheitseinheit darstellte. KRAEPELIN (33) wollte 1894 den Begriff Paranoia begrenzen auf "die chronische Ausbildung eines beständigen, unheilbaren Wahnsystems auf konstitutioneller Grundlage", andere Fälle wollte er der Hebephrenie zugeordnet wissen.

Einteilungsschwierigkeiten bei der Differentialdiagnose Schizophrenie, chronische Paranoia, Paraphrenie und Querulantenwahn sah auch BUMKE (8) 1917.

Bei unseren Ergebnissen waren die ersten Jahre des Untersuchungszeitraums wie der Kurvenverlauf für die Schizophrenie deutlich macht von einer gewissen diagnostischen Unsicherheit gekennzeichnet.

Im Jahresbericht 1904/5 (25) war die Dementia praecox nach dem manisch-depressiven Irresein die zweithäufigste Diagnose; im Jahresbericht 1906/7 (26) ist vermerkt, daß die Dementia praecox an fünfter Stelle, die manisch-depressiven Erkrankungen dagegen an zweiter Stelle der Häufigkeit stehen.

Wie aus unserer Kurve ersichtlich liegt der Anteil der Frauen unter den Schizophrenen bis 1956 immer deutlich über dem der Männer, worauf schon im Jahresbericht 1924/25 (11) hingewiesen wurde.

Auch bei der Gruppe der manisch-depressiven Erkan-

kungen zeigt sich in unseren Ergebnissen ein deutliches Überwiegen der Frauen (vergleiche auch Jahresbericht 1924/25 (25)).

Betrachtet man die Kurvenverläufe von Schizophrenie und manisch-depressiven Erkrankungen über den gesamten Untersuchungszeitraum, so läßt sich eine deutlich gegenläufige Entwicklung der relativen Häufigkeit dieser endogenen Psychosen feststellen (sh. Abb.29a,b,c).

Von anfänglichen Schwankungen abgesehen war unter KRAEPELIN der Anteil der Schizophrenen besonders hoch. Von 1920 bis 68 zeigt die Häufigkeit dieser Diagnose einen stetigen Abfall. Demgegenüber steht ein deutlicher Anstieg der manisch-depressiven Erkrankungen von 1940 bis 64. Eine umgekehrte Entwicklung für die beiden endogenen Psychosen läßt sich 1968 bis 72 beobachten.

Eine gegenläufige Entwicklung der beiden endogenen Psychosen zeichnete sich bereits im Jahresbericht 1906/7 (26) und 1908/9 (27) vor allem bei den weiblichen Patienten ab.

Die Verschiebung von Schizophrenie gegen manisch-depressives Irresein wurde auch für die Hamburger Klinik von BOCHNIK (5) in den Jahren 1935 bis 39 festgestellt. BOCHNIK führte dies weniger auf den Wandel des Patientengutes als vielmehr auf die Übernahme der Hamburger Klinik durch BÜRGER - PRINZ zurück.

Eine Abhängigkeit der Häufigkeit dieser Diagnosen von der Person der Klinikdirektoren beschrieben auch HÄFNER (19) und GRUHLE (18) für Heidelberg und Freiburg.

In den Anschauungen über die endogenen Psychosen bestanden zu Beginn dieses Jahrhunderts große Meinungsverschiedenheiten zwischen KRAEPELIN und HOCHÉ.

KRAEPELIN (35,36,37) sah seine Hauptaufgabe in der Umgrenzung der einzelnen psychiatrischen Krankheits-

bilder und glaubte dieses Problem in seinen Arbeiten weitgehend gelöst zu haben.

HOCHÉ dagegen sah in dem Einteilungsschema KRAEPELINS lediglich ein "Herüber- und Hinüberschieben der Fälle von einem Krankheitsbegriff in den anderen". Er sah in den Bemühungen KRAEPELINS den Versuch, "eine trübe Flüssigkeit zu klären, indem man sie von einem Gefäß in das andere umgießt" (23,24).

HOCHÉ betonte vielmehr die Vielgestaltigkeit der Krankheiterscheinungen in Abhängigkeit von der Veranlagung des Individuums. Sie schienen ihm Ausdruck "präformierter Symptomverkopplungen" beim Einzelnen, die sich im Krankheitsfalle manifestieren. Diese Symptomverkopplungen bezeichnete er als "Einheiten zweiter Ordnung", die zwischen den großen Krankheitsformen und den Einzelsymptomen stehen.

BUMKE (7,8) vertrat als Schüler HOCHÉs eine weitgehend ähnliche Meinung.

Daß sich die Ansicht KRAEPELINS durchsetzte, läßt sich auch daraus schließen, daß BIRNBAUM (4) 1928 auf die Notwendigkeit verwies, in der Klinik im wesentlichen an den Kerngruppen der KRAEPELINSchen Systematik festzuhalten trotz der von HOCHÉ aufgezeigten Problematik.

Diese Auffassung äußert auch STRÖMGREN in "Psychiatrie der Gegenwart" (47).

Auf diesem Hintergrund erscheint uns ein Vergleich unserer Ergebnisse mit denen HÄFNERs betreffend die Heidelberger und Freiburger Kliniken bzw. GRUHLEs die Heidelberger Klinik betreffend von besonderem Interesse.

Einmal könnten sich Tendenzen der Diagnosehäufigkeiten, die GRUHLE an der Heidelberger Klinik unter KRAEPELIN gefunden hat, nach der Übernahme der Münchner Klinik

durch KRAEPELIN dort weiterverfolgen lassen.

Zum anderen gilt es zu untersuchen, inwieweit diagnostische Gepflogenheiten an der Freiburger Klinik unter HOCHÉ sich in München unter seinem Schüler BUMKE, dem Nachfolger KRAEPELINS niederschlagen.

GRUHLE (18) fand in Heidelberg mit der Übernahme der Klinik durch KRAEPELIN ein stetes Ansteigen der Häufigkeit der Diagnose Schizophrenie von unter 10 % im Jahre 1892 bis auf 40 bis 50 % in den Jahren 1895 bis 1904, mit einem Gipfel von über 50 % im Jahre 1900. Etwa mit dem Weggang KRAEPELINS war ein starker Rückgang der Schizophreniehäufigkeit in Heidelberg festzustellen.

An der Münchner Klinik war unter KRAEPELIN die Schizophreniehäufigkeit zunächst inkonstant. Betrug sie 1904 18,1 %, so war sie 1908 auf 7,9 % abgefallen. In der Folgezeit ist bis zum Ende der Amtszeit KRAEPELINS eine ständige Zunahme der Schizophreniehäufigkeit auf 32,7 % im Jahre 1920 zu verzeichnen.

Im Vergleich dazu fand HAFNER (19), daß an der Freiburger Klinik wohl infolge der antinosologischen Einstellung HOCHÉs 1911 77,5 % der Krankenblätter keine Diagnosen trugen; 1919 waren es nur noch 2,2 %, wobei gleichzeitig ein deutliches Ansteigen der Schizophreniehäufigkeit auf etwa 25 % in den 20er Jahren zu verzeichnen war. HAFNER interpretierte dies dahingehend, daß sich nun auch an der Klinik HOCHÉs das Klassifikationssystem KRAEPELINS durchgesetzt habe.

So verwundert es uns nicht, daß die Schizophreniehäufigkeit an der Münchner Nervenlinik während der Amtszeit BUMKES mit durchschnittlich 24 % nicht wesentlich von der während der Amtszeit KRAEPELINS abweicht.

Auch die mittlere Häufigkeit der Diagnose manisch-depressives Irresein lag in der Ära BUMKE mit 10,8 % nicht weit unter der Ära KRAEPELINS mit 13,4 %.

HÄFNER (19) fand ferner einen von ihm nicht näher erläuterten Abfall der Häufigkeit der Diagnose Schizophrenie in Freiburg ab 1945, in Heidelberg schon ab 1904; eine ähnliche Entwicklung konnten wir für die Münchner Klinik feststellen, wo unter KOLLE die Schizophreniehäufigkeit, die unter BUMKE schon leicht fallende Tendenz zeigte, bis 1968 auf 10,9 % abgefallen war.

Ebenso fand sich die von HÄFNER beschriebene Häufigkeitszunahme der Diagnose manisch-depressives Irresein nach dem zweiten Weltkrieg an den Kliniken Freiburg und Heidelberg auch für die Universitätsnervenklinik München, wo wir unter KOLLE eine Zunahme auf durchschnittlich 24 % (demgegenüber unter BUMKE noch 10,8 %) verzeichneten.

Die auch von HÄFNER geäußerte Vermutung, daß die Zunahme der Diagnose manisch-depressives Irresein vor allem eine Häufung der Involutionsdepressionen bei steigender Lebenserwartung der Bevölkerung darstellt, wird gestützt durch die von uns beobachtete Zunahme der über 45jährigen in der Gruppe der Manisch-depressiven von durchschnittlich 53,1 % in der ersten Hälfte unseres Untersuchungszeitraums auf 60,2 % in der Zeit von 1940 bis 72 an der Münchner Klinik.

Dieser Vergleich der Zahlen der psychiatrischen Universitätsnervenkliniken Heidelberg und Freiburg mit unseren Ergebnissen an der Münchner Klinik zeigt, daß die relative Diagnosehäufigkeit vor allem der endogenen Psychosen während sie in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts weitgehend dem Einfluß der jeweiligen Klinikdirektoren unterlag später - mit zunehmender Einheit-

lichkeit der Lehrmeinungen - gemeinsamen Trends folgte und nur noch geringe Unterschiede zwischen den einzelnen Kliniken aufwies.

Die Häufigkeit ungeklärter psychiatrischer Fälle über den Untersuchungszeitraum schwankte unregelmäßig zwischen 1 % und 4 %.

Im Zusammenhang mit den oben erwähnten diagnostischen Einstellungen HOCHES und KRAEPELINS ist es interessant, daß HAFNER (19) an der Freiburger Klinik unter HOCHÉ 1911 77,5 % der Krankenblätter ohne Diagnose findet, 1919 dagegen schon nur noch 2,2 %, was HAFNER als Erfolg des KRAEPELINschen Klassifikationssystems wertet.

So verwundert es auch nicht, daß nach der Übernahme der Münchner Klinik durch den HOCHÉ - Schüler BUMKE der Prozentsatz der ungeklärten psychiatrischen Fälle nur geringfügig zugenommen hat.

5.2. Altersstruktur der Patienten

Der Anteil der drei Altersgruppen

- a) unter 24 Jahre,
- b) 25 bis 44 Jahre und
- c) über 45 Jahre

an den Gesamtaufnahmen der Münchner Universitätsnerven-klinik erweist sich über den gesamten Untersuchungszeitraum in hohem Maße konstant, was auf ein etwa gleichbleibendes Patientengut schließen läßt.

Die leichte Abnahme der jüngeren und mittleren Altersgruppe gegenüber der Gruppe der Ältesten entspricht der Entwicklung in der Gesamtbevölkerung.

Lediglich in der Zeit von 1948 bis 72 ist ein leichtes Ansteigen der unter 24jährigen männlichen Patienten und ein gegenläufiges Abfallen des prozentualen Anteils der über 45jährigen zu beobachten, was durch die vertragliche Zusammenarbeit der Klinik mit der Bundeswehr bedingt sein könnte.

Bei den Schizophrenen machten die 25 bis 44jährigen durchschnittlich die Hälfte der Fälle aus. Den Abfall des Anteils der unter 24jährigen in den Jahren 1916 und 1940 halten wir für kriegsbedingt.

Mit fast 60% machten die Patienten über 45 Jahre den größten Anteil der Manisch-depressiven aus, während nur etwa 5 % dieser Patienten unter 24 Jahre alt waren; bei den weiblichen Patienten wird diese Verteilung besonders deutlich.

Bei den psychopathischen Persönlichkeiten ist das Ansteigen der Gruppe der unter 24jährigen von 1960 bis 72 besonders auffallend, wo sie mit 46 % - die Männer

sogar mit 56 % ! - die größte Gruppe darstellten. Die Kriegsjahre, vor allem 1940 und 44 lassen den Anteil der mittleren Jahrgänge unter den Patienten stark zurückgehen.

Ob der von 1952 bis 72 immer größer werdende Anteil der unter 24jährigen Patienten mit der Diagnose abnorme Erlebnisreaktionen und Neurosen auf eine Verstärkung der therapeutischen Bemühungen bei Jugendlichen schließen läßt, erscheint uns fraglich.

5.3. Aufenthaltsdauer der Patienten

Allgemein ist ein Trend von Aufenthaltsdauern unter zwei Wochen zu längeren stationären Aufenthalten (zwei bis acht Wochen) zu beobachten.

Lediglich 1944 betrug bei über 60 % der Patienten die Aufenthaltsdauer weniger als zwei Wochen, was wir als kriegsbedingt ansehen müssen (29).

Den hohen Anteil der unter zwei Wochen stationär aufgenommenen im Jahre 1908 führen wir auf den in jener Zeit hohen Anteil der Alkoholiker, die meist nach ein, zwei Tagen wieder entlassen wurden, am Gesamtpatientengut der Klinik zurück, zumal die Häufung kurzer Aufenthaltsdauern bei den Männern weit ausgeprägter ist als bei den Frauen. Außerdem fanden zu dieser Zeit in starkem Maße Verlegungen in die umliegenden psychiatrischen Landeskrankenhäuser statt.

Über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg waren weniger als 12 % der Patienten länger als acht Wochen in stationärer Behandlung.

Eine deutliche Beeinflussung der Aufenthaltsdauer durch Einführung neuer therapeutischer Möglichkeiten konnten wir nicht nachweisen. Speziell bei der Einführung der Psychopharmaka muß offen bleiben, ob man den relativ geringen Anteil der Patienten mit einer Aufenthaltsdauer über acht Wochen als Erfolg derselben betrachten kann.

Die Tendenz zu höheren Aufenthaltsdauern bei den Schizophrenen werten wir als Ausdruck einer Zunahme der Rehabilitationsbemühungen.

Auch bei den manisch-depressiven Patienten war ein

Trend zu höheren Aufenthaltsdauern feststellbar. Auffallend ist der hohe Anteil der zwei bis acht Wochen Hospitalisierten, der unter KOLLE etwa 70 % betrug. Möglicherweise ist es, wie oben erwähnt, den antidepressiven Pharmaka zu verdanken, daß selten ein mehr als achtwöchiger Aufenthalt erforderlich wurde.

Der hohe Anteil der nur bis zwei Wochen stationär behandelten Psychopathen ist vielleicht Ausdruck einer gewissen therapeutischen Ratlosigkeit gegenüber diesen Patienten.

Bemerkenswert ist dabei die zunehmende Verlängerung der Aufenthaltsdauer auf zwei bis acht Wochen in der zweiten Hälfte der Untersuchungsperiode, was auf erhöhte Aufmerksamkeit auch diesen Patienten gegenüber schließen lassen könnte.

Bei den Patienten mit abnormen Erlebnisreaktionen und Neurosen interpretieren wir den deutlichen Trend zu höheren Aufenthaltsdauern ebenfalls als Ausdruck verstärkter therapeutischer und rehabilitierender Bemühungen.

6. Tabellen und Abbildungen

Dg.Nr.:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1904	4,1		9,6	4,5		0,4	23,0	0,1			
08	2,5		9,0	3,7	0,1	0,8	24,3	0,7			
12	1,8	0,1	11,8	3,8		0,8	17,1	0,3			0,1
16	3,9		10,3	6,5	0,4	0,4	5,2	0,7			0,3
20	3,5		9,9	4,2		1,0	5,4	1,7	0,4		
24	3,2	0,2	11,2	7,3	0,2	1,0	4,1	0,7	0,1		0,1
28	2,4	0,4	5,6	4,9	0,1	1,0	4,8	0,8	0,1		
32	2,4	2,4	5,2	4,8	0,7	1,9	6,2	0,8	0,2		
36	4,6	0,6	4,4	9,0	0,5	0,6	3,5	0,4	0,2		
40	3,8	0,8	3,7	12,5	0,3	1,6	6,9	0,4	0,4		0,2
44	3,0	1,0	5,3	12,8	0,1	1,4	0,5	0,7	0,5		
48	2,6	0,1	3,1	6,9	0,1	1,7	4,3	1,9	0,5		
52	2,5	0,3	2,2	10,6	0,5	1,1	3,2	1,4	0,2		0,1
56	1,1	0,8	1,8	9,1	0,1	1,3	3,2	2,1	0,1		0,1
60	1,1	0,7	1,3	6,9	0,2	1,7	2,1	0,5	0,3	0,4	0,4
64	0,6	0,8	1,3	7,1	0,2	1,1	3,7	0,8	0,1		0,3
68	0,8	0,2	0,1	6,0	0,2	1,3	6,0	1,3	0,2	0,2	0,1
72	1,5	0,6	0,2	4,0	1,4	0,8	10,1	3,4	0,8	0,1	

Tab.Nr. 2 : Prozentuale Häufigkeit der einzelnen Diagnosen bei den Patienten der Universitätsnervenklinik München in den Jahren 1904 bis 1972

Dg.Nr.:	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)
1904	0,3	13,8	18,1	8,0	16,4	0,3	1,8		0,7		0,4
08		11,0	7,9	18,0	18,2		2,2		1,2		0,5
12	0,2	8,8	16,4	13,0	19,3		3,6		1,9	0,1	1,0
16	0,1	4,1	21,5	18,8	22,3		3,1		1,2	0,3	1,0
20	0,4	4,5	32,7	9,3	24,3	0,4	1,7		0,4		0,6
24	0,6	5,0	27,4	10,8	24,4		3,1		0,1		0,5
28	0,5	6,5	23,2	8,6	31,3	0,1	7,6	0,1	0,8	0,2	1,0
32	0,6	6,0	23,8	9,7	24,9	0,2	5,6	0,1	2,0	1,7	0,8
36	3,5	6,1	27,1	8,8	23,7		3,1		2,2	0,8	1,2
40	3,8	7,2	22,9	7,7	22,3	0,3	1,7		2,0	0,2	1,4
44	3,9	9,3	19,9	13,4	18,5	0,4	3,5		3,7	0,1	2,0
48	4,6	8,3	23,6	16,2	12,6	0,3	8,7		1,6	0,1	2,7
52	3,4	8,6	22,4	15,6	9,7	1,3	12,3	0,3	3,4		2,3
56	5,5	9,3	14,8	21,1	6,2	1,0	14,3	1,1	3,1	0,9	2,9
60	8,5	4,7	14,7	29,1	4,7	0,7	12,2	1,5	3,9	2,8	1,6
64	5,9	6,1	14,2	30,1	7,8	0,8	9,7	1,0	2,2	4,5	1,8
68	7,7	5,3	10,9	23,9	5,9	0,8	22,4	0,7	1,0	3,0	2,2
72	3,0	3,7	21,9	15,2	5,4	1,9	21,8	0,5	0,9	1,5	1,4

Tab.Nr. 2 Forts.: Prozentuale Häufigkeit der einzelnen Diagnosen bei den Patienten der Universitätsnervenklinik München in den Jahren 1904 bis 1972

Dg.Nr.:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1904	4,7		10,8	2,8		0,4	28,5	0,2			
08	2,7		9,8	3,2		0,4	34,9	0,5			
12	1,5		12,1	3,2		0,2	25,1	0,2			
16	3,8		16,5	4,6		0,6	8,7	0,9			0,3
20	5,1		13,1	3,9		0,2	8,2	2,9	0,7		
24	2,2	0,4	13,8	6,8	0,4	1,0	6,4	1,0	0,2		
28	2,2	0,8	7,9	4,3	0,2	1,0	7,9	0,9	0,2		
32	1,6	4,0	6,5	5,6	0,7	1,8	9,9	0,7	0,2		
36	4,8	1,0	4,9	9,6	0,5	0,2	5,8	0,5	0,2		
40	4,7	1,3	5,5	14,6	0,4	1,6	11,3	0,6	0,6		0,2
44	3,3	1,4	8,5	15,1		0,6	0,8	0,8	0,6		
48	3,7	0,1	4,5	7,8	0,1	0,6	8,2	2,0	0,4		
52	2,7	0,6	2,7	9,9	0,3	0,3	6,3	2,1	0,3		
56	1,4	1,4	2,4	8,8	0,2	1,0	5,6	2,4	0,2		0,2
60	1,3	1,3	1,7	9,4	0,1	1,0	4,0	0,6	0,4	0,2	0,2
64	0,2	1,4	2,2	8,9	0,2	1,0	6,8	0,8			0,1
68	0,7	0,4		6,5	0,4	1,1	8,0	1,3	0,2	0,2	0,2
72	2,0	0,9	0,4	3,9	1,5	0,7	13,2	3,5	0,7		

Tab.Nr. 3 : Prozentuale Häufigkeit der einzelnen Diagnosen bei den männlichen Patienten der Universitätsnervenklinik München

Dg.Nr.:	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)
1904	0,4	18,1	13,2	3,2	13,6	0,4	2,8		0,9		0,2
08		14,6	7,7	8,0	14,2		3,0		0,5		0,5
12	0,4	12,1	13,4	6,1	18,9		4,5		1,5		1,1
16	0,3	5,8	17,6	11,0	21,7		6,4		0,9		1,2
20	0,7	5,6	23,0	5,3	27,6	0,2	2,7		0,2		0,5
24	0,6	6,8	19,4	7,8	29,9		2,8		0,2		0,4
28	0,9	6,7	17,7	4,0	34,0		9,1	0,2	0,6		1,5
32	0,9	6,0	17,3	5,8	28,0		7,0		1,6	1,3	1,1
36	4,6	7,6	19,8	5,9	25,2		4,1		3,0	1,5	1,0
40	5,3	8,8	15,3	4,7	19,3	0,2	1,8		2,2	0,4	1,3
44	6,9	12,6	13,7	9,3	15,9	0,3	3,0		4,1		3,0
48	7,7	8,9	19,2	11,2	11,8	0,3	8,5		1,1	0,1	3,7
52	5,7	9,7	17,4	9,5	11,2	0,4	11,9	0,1	5,5		3,4
56	8,2	10,2	14,2	13,0	7,2	0,8	13,7	1,0	2,8	1,0	4,2
60	10,8	6,1	14,4	17,8	4,8	1,0	11,0	2,4	5,5	3,5	2,3
64	7,5	6,9	14,0	18,8	11,0	1,3	7,8	1,7	3,4	4,7	1,4
68	9,6	6,5	8,9	14,8	7,8	0,7	24,1	0,9	0,9	3,9	2,8
72	3,7	3,5	20,6	9,3	5,9	2,6	22,8	0,7	1,1	0,9	1,9

Tab.Nr. 3 Forts.: Prozentuale Häufigkeit der einzelnen Diagnosen bei den männlichen Patienten der Universitätsnervenklinik München

Dg.Nr.:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1904	3,1		7,6	7,2		0,3	10,7				
08	2,1		7,8	4,5	0,3	1,5	6,6	0,9			
12	2,2	0,3	11,3	4,7		1,7	5,3	0,6			0,3
16	4,1		4,9	8,2	0,8	0,3	2,1	0,5			0,3
20	1,9		6,7	4,5		1,7	2,6	0,5			
24	4,8		6,9	8,1		0,9	0,6	0,3			0,3
28	2,7		2,5	5,8		1,0	0,4	0,6			
32	3,4	0,5	3,4	3,9	0,7	2,1	1,4	0,9	0,2		
36	4,3		3,7	8,4	0,4	1,2	0,6	0,2	0,2		
40	2,6	0,4	1,9	10,4	0,2	1,5	2,3	0,2	0,2		0,2
44	2,8	0,8	3,0	11,0	0,2	2,0	0,2	0,6	0,4		
48	1,7		1,8	6,1		2,7	0,7	1,8	0,5		
52	1,3		1,8	11,2	0,6	1,8	0,4	0,7	0,1		0,12
56	0,8	0,2	1,2	9,4		1,6	0,8	1,8			
60	0,9	0,1	0,9	4,3	0,4	2,5	0,4	0,5	0,2	0,6	0,5
64	0,9	0,1	0,4	5,4	0,1	1,2	0,8	0,8	0,2		0,4
68	0,9		0,2	5,4		1,5	3,9	1,3	0,2	0,2	
72	0,8	0,3		4,1	1,3	0,8	5,9	3,3	0,8	0,3	

Tab.Nr. 4 : prozentuale Häufigkeit der einzelnen Diagnosen bei den weiblichen Patienten der Universitätsnervenklinik München

Dg.Nr.:	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)
1904		6,9	26,1	15,8	21,0		0,3		0,3		0,7
08		5,1	8,4	34,6	24,8		0,9		2,4		0,3
12		3,9	21,0	23,2	19,9		2,2		2,5	0,3	0,8
16		2,6	24,9	25,6	22,8		0,3		1,5	0,5	0,8
20		3,3	42,2	13,1	21,0	0,5	0,7		0,5		0,7
24	0,6	2,4	39,5	15,4	16,0		3,6				0,6
28		6,2	30,7	14,9	27,6	0,2	5,4		1,0	0,4	0,4
32	0,2	6,0	32,0	14,7	21,0	0,5	3,7	0,2	2,5	2,3	0,5
36	2,0	4,3	36,1	12,4	21,8		1,8		1,2		1,4
40	2,3	5,7	30,8	10,8	25,3	0,4	1,5		1,7		1,5
44	1,8	6,8	24,5	16,4	20,4	0,4	3,8		3,4	0,2	1,2
48	1,8	7,8	27,7	21,0	13,3	0,3	8,8		2,1	0,1	1,8
52	1,3	7,5	26,8	21,1	8,2	0,1	12,6	0,4	1,6		1,3
56	2,6	8,3	15,5	29,3	5,1	1,2	15,0	1,2	3,5	0,8	1,6
60	6,3	3,4	14,9	40,1	4,5	0,4	13,3	0,6	2,3	2,1	0,9
64	4,3	5,4	14,4	41,0	4,8	0,3	11,5	0,4	1,1	4,4	2,1
68	5,9	4,1	12,8	33,0	3,9	0,9	20,6	0,4	1,1	2,2	1,5
72	2,0	3,8	23,7	23,4	4,6	1,0	20,4	0,3	0,5	2,3	0,8

Tab.Nr. 4 Forts.: Prozentuale Häufigkeit der einzelnen Diagnosen bei den weiblichen Patienten der Universitätsnervenklinik München

Diagn.-Nr.	1904 - 72 $\bar{x}_1 \pm SD$	1904 - 36 $\bar{x}_2 \pm SD$	1940 - 72 $\bar{x}_3 \pm SD$
1	2,5 $\pm$ 1,2	3,2 $\pm$ 0,9	1,9 $\pm$ 11,1
2	0,5 $\pm$ 0,6	0,4 $\pm$ 0,8	0,6 $\pm$ 0,3
3	5,3 $\pm$ 4,0	8,5 $\pm$ 2,7	2,1 $\pm$ 1,7
4	6,9 $\pm$ 2,9	5,4 $\pm$ 1,8	8,4 $\pm$ 3,0
5	0,3 $\pm$ 0,3	0,2 $\pm$ 0,3	0,3 $\pm$ 0,4
6	1,2 $\pm$ 0,5	0,9 $\pm$ 0,5	1,3 $\pm$ 0,3
7	7,5 $\pm$ 6,9	12,6 $\pm$ 8,2	4,4 $\pm$ 2,9
8	1,0 $\pm$ 0,8	0,7 $\pm$ 0,4	1,4 $\pm$ 1,0
12	2,9 $\pm$ 2,8	0,7 $\pm$ 1,1	5,2 $\pm$ 1,9
13	7,1 $\pm$ 2,7	7,3 $\pm$ 3,3	6,9 $\pm$ 2,1
14	20,2 $\pm$ 6,2	22,1 $\pm$ 7,3	18,4 $\pm$ 4,7
15	15,4 $\pm$ 7,0	11,7 $\pm$ 4,1	19,2 $\pm$ 7,5
16	16,5 $\pm$ 8,3	22,8 $\pm$ 4,4	10,3 $\pm$ 6,3
17	0,4 $\pm$ 0,5	0,1 $\pm$ 0,1	0,7 $\pm$ 0,5
18	7,7 $\pm$ 6,6	3,5 $\pm$ 1,9	11,8 $\pm$ 7,1
19	0,3 $\pm$ 0,5	0,0 $\pm$ 0,0	0,6 $\pm$ 0,6
20	1,8 $\pm$ 1,1	1,2 $\pm$ 0,8	2,4 $\pm$ 1,2
21	0,9 $\pm$ 1,3	0,3 $\pm$ 0,6	1,8 $\pm$ 1,4
22	1,4 $\pm$ 0,8	0,8 $\pm$ 0,3	2,0 $\pm$ 0,6

Tab.Nr. 5 : Prozentuale Häufigkeit der einzelnen Diagnosen bei den Patienten der Universitätsnervenklinik München; Mittelwerte und Standardabweichungen

Diagn.-Nr.	1904 - '72 $\bar{x}_1 \pm \text{SD}$	1904 - 36 $\bar{x}_2 \pm \text{SD}$	1940 - 72 $\bar{x}_3 \pm \text{SD}$
1	2,7 $\pm$ 1,5	3,2 $\pm$ 1,4	2,2 $\pm$ 1,5
2	0,8 $\pm$ 1,0	0,7 $\pm$ 1,3	1,0 $\pm$ 0,5
3	6,9 $\pm$ 5,0	10,6 $\pm$ 3,7	3,1 $\pm$ 2,7
4	7,2 $\pm$ 3,7	4,9 $\pm$ 2,2	9,4 $\pm$ 3,6
5	0,3 $\pm$ 0,4	0,2 $\pm$ 0,3	0,4 $\pm$ 0,4
6	0,8 $\pm$ 0,7	0,6 $\pm$ 0,5	0,9 $\pm$ 0,4
7	11,1 $\pm$ 9,0	15,0 $\pm$ 11,2	7,1 $\pm$ 3,7
8	1,2 $\pm$ 1,0	0,9 $\pm$ 0,8	1,6 $\pm$ 1,0
12	4,1 $\pm$ 3,7	1,0 $\pm$ 1,4	7,3 $\pm$ 2,2
13	8,7 $\pm$ 3,7	9,3 $\pm$ 4,6	8,1 $\pm$ 2,7
14	15,9 $\pm$ 4,0	16,6 $\pm$ 4,5	15,3 $\pm$ 3,4
15	9,2 $\pm$ 4,5	6,4 $\pm$ 2,3	12,1 $\pm$ 4,5
16	17,3 $\pm$ 8,9	23,7 $\pm$ 7,1	10,6 $\pm$ 4,7
17	0,5 $\pm$ 0,7	0,1 $\pm$ 0,2	0,8 $\pm$ 0,8
18	8,2 $\pm$ 6,6	4,7 $\pm$ 2,3	11,6 $\pm$ 7,8
19	0,4 $\pm$ 0,7	0,0 $\pm$ 0,0	0,8 $\pm$ 0,9
20	2,0 $\pm$ 1,7	1,0 $\pm$ 0,9	3,0 $\pm$ 1,8
21	1,0 $\pm$ 1,5	0,3 $\pm$ 0,6	1,6 $\pm$ 1,9
22	0,8 $\pm$ 0,4	2,7 $\pm$ 1,0	1,8 $\pm$ 1,2

Tab.Nr. 6 : Prozentuale Häufigkeit der einzelnen Diagnosen bei den männlichen Patienten der Universitätsnervenklinik München; Mittelwerte und Standardabweichungen

Diagn.-Nr.	1904 - 72 $\bar{x}_1 \pm \text{SD}$	1904 - 36 $\bar{x}_2 \pm \text{SD}$	1940 - 72 $\bar{x}_3 \pm \text{SD}$
1	2,4 $\pm$ 1,3	3,2 $\pm$ 1,1	1,5 $\pm$ 0,9
2	0,2 $\pm$ 0,2	0,1 $\pm$ 0,2	0,2 $\pm$ 0,3
3	3,7 $\pm$ 3,2	5,8 $\pm$ 2,8	1,3 $\pm$ 1,0
4	6,8 $\pm$ 2,5	6,2 $\pm$ 1,8	7,5 $\pm$ 3,0
5	0,3 $\pm$ 0,4	0,2 $\pm$ 0,3	0,3 $\pm$ 0,4
6	1,5 $\pm$ 0,7	1,2 $\pm$ 0,6	1,7 $\pm$ 0,6
7	2,5 $\pm$ 2,9	3,4 $\pm$ 3,5	1,7 $\pm$ 2,0
8	0,9 $\pm$ 0,8	0,5 $\pm$ 0,3	1,2 $\pm$ 1,0
12	1,7 $\pm$ 2,0	0,3 $\pm$ 0,7	3,4 $\pm$ 1,8
13	5,2 $\pm$ 1,8	4,6 $\pm$ 1,6	5,9 $\pm$ 1,8
14	25,1 $\pm$ 9,4	29,0 $\pm$ 10,4	21,2 $\pm$ 6,8
15	22,5 $\pm$ 9,5	18,9 $\pm$ 7,4	26,2 $\pm$ 10,4
16	15,9 $\pm$ 8,4	21,8 $\pm$ 3,2	10,0 $\pm$ 8,0
17	0,3 $\pm$ 0,4	0,1 $\pm$ 0,2	0,6 $\pm$ 0,4
18	7,0 $\pm$ 6,9	2,1 $\pm$ 1,8	12,0 $\pm$ 6,6
19	0,2 $\pm$ 0,3	0,0 $\pm$ 0,1	0,4 $\pm$ 0,4
20	1,6 $\pm$ 1,0	1,3 $\pm$ 1,0	1,9 $\pm$ 1,0
21	0,9 $\pm$ 1,3	0,4 $\pm$ 0,7	1,4 $\pm$ 1,5
22	1,1 $\pm$ 0,5	0,7 $\pm$ 0,3	1,4 $\pm$ 0,4

Tab.Nr. 7 : Prozentuale Häufigkeit der einzelnen Diagnosen bei den weiblichen Patienten der Universitätsnervenklinik München; Mittelwerte und Standardabweichungen

	Gesamtzahl	Männer	Frauen
1904 - 20	14,99 $\pm$ 9,26	21,06 $\pm$ 12,04	5,43 $\pm$ 3,46
1924 - 36	4,62 $\pm$ 1,16	7,50 $\pm$ 1,85	0,75 $\pm$ 0,43
1948 - 72	4,65 $\pm$ 2,68	7,44 $\pm$ 2,91	1,81 $\pm$ 2,17

Tab.Nr. 8 : Häufigkeitsverteilung der Diagnose Alkoholismus
in den Amtszeiten der Klinikdirektoren KRAEPELIN
(1904 - 20), BUMKE (1924 - 48) und KOLLE (1952 - 68)
Mittelwerte und Standardabweichungen

	Gesamtzahl	Männer	Frauen
1904 - 20	19,32 $\pm$ 8,99	24,52 $\pm$ 12,15	14,96 $\pm$ 5,72
1924 - 48	23,98 $\pm$ 2,56	31,61 $\pm$ 4,99	17,49 $\pm$ 2,25
1952 - 68	15,37 $\pm$ 4,24	16,86 $\pm$ 5,64	13,78 $\pm$ 3,06

Tab.Nr. 9 : Häufigkeitsverteilung der Diagnose Schizophrenie
in den Amtszeiten der Klinikdirektoren KRAEPELIN
(1904 - 20), BUMKE (1924 - 48) und KOLLE (1952 - 68)
Mittelwerte und Standardabweichungen

	Gesamtzahl	Männer	Frauen
1904 - 20	13,4 $\pm$ 4,9	4,3 $\pm$ 2,6	22,5 $\pm$ 8,5
1924 - 48	10,8 $\pm$ 3,1	7,0 $\pm$ 2,6	15,1 $\pm$ 8,2
1952 - 68	24,0 $\pm$ 5,9	14,8 $\pm$ 3,8	32,9 $\pm$ 8,2

Tab.Nr. 10 : Prozentuale Häufigkeit der Diagnose Manisch-depressives Irresein bei der Gesamtpatientenzahl bzw. den männlichen und weiblichen Patienten in den Amtszeiten der Klinikdirektoren KRAEPELIN (1904 - 20), BUMKE (1924 - 48) und KOLLE (1952 - 68)

	Gesamtzahl			Männer			Frauen		
	0-24J	25-44J	über 45J	0-24J	25-44J	über 45J	0-24J	25-44J	über 45J
1904	20,5	52,0	27,3	18,9	56,7	24,0	23,0	44,3	32,6
1908	21,6	43,4	24,2	19,1	54,5	24,2	27,5	40,9	24,1
1912	18,9	54,1	25,9	17,1	57,5	24,3	21,5	48,9	28,2
1916	25,3	44,6	30,2	24,0	44,8	31,2	26,4	44,4	29,2
1920	28,3	47,4	24,2	29,1	47,2	23,5	27,5	47,5	24,8
1924	24,6	45,7	28,7	25,0	43,1	31,1	24,1	49,1	25,6
1928	21,0	48,1	29,4	19,4	43,8	28,8	23,2	45,6	30,3
1932	16,2	51,2	31,6	14,3	51,3	33,4	18,8	51,0	29,3
1936	17,2	48,9	31,2	17,1	48,1	32,3	17,3	49,9	29,9
1940	16,9	43,8	32,8	17,9	40,7	35,6	15,9	47,1	29,9
1944	19,2	37,3	38,4	18,4	33,8	38,7	19,8	39,9	38,1
1948	17,9	45,3	34,9	19,3	44,1	34,9	16,6	46,4	34,9
1952	16,0	43,8	38,3	18,8	41,4	37,4	13,6	45,9	39,0
1956	17,0	49,8	41,9	17,8	40,1	40,9	16,1	39,4	32,9
1960	16,7	38,9	43,9	20,9	37,8	40,7	12,7	40,0	47,0
1964	17,4	42,1	40,5	20,3	43,2	36,5	14,7	41,0	44,3
1968	20,8	45,3	33,6	28,1	42,8	29,1	13,7	47,7	38,0
1972	24,8	43,0	31,9	32,5	43,4	24,1	14,2	42,5	42,5

Tab.Nr.11 : Prozentuale Verteilung der Gesamtaufnahmen der Psychiatrischen Universitäts-
klinik München auf die Altersgruppen unter 24, 25 bis 44 und über 45 Jahre.

	Gesamtzahl				Männer		Frauen	
	0-24J	25-44J	über 45J		0-24J	25-44J	0-24J	25-44J
1904	29,0	56,5	14,5		32,3	59,7	26,3	54,0
1908	28,2	60,8	8,5		30,2	58,1	25,0	64,3
1912	25,0	64,2	8,8		26,4	65,3	23,7	63,2
1916	21,5	59,5	18,4		27,9	57,4	17,5	60,8
1920	26,8	58,5	14,7		34,7	54,7	22,6	60,5
1924	30,7	58,3	10,9		35,1	51,6	27,5	63,4
1928	24,0	53,6	20,2		27,7	53,8	21,0	53,4
1932	19,5	59,8	20,8		19,8	61,5	19,3	58,6
1936	15,8	63,0	19,9		19,2	62,5	13,3	63,3
1940	14,6	59,9	20,7		17,9	66,7	12,9	56,4
1944	20,4	51,2	26,8		26,0	50,0	18,0	51,6
1948	18,9	57,9	21,5		23,7	55,6	15,9	59,4
1952	20,4	58,6	19,8		37,0	45,7	10,9	66,1
1956	29,3	47,6	20,4		38,0	42,3	15,5	21,7
1960	19,1	52,4	28,5		21,0	56,3	21,1	52,6
1964	21,2	52,5	26,3		24,6	56,4	17,3	48,8
1968	11,0	63,0	24,0		19,5	65,9	18,1	48,9
1972	23,5	56,9	19,1		35,1	55,9	5,1	61,0
							9,7	58,1
								31,2

Tab.Nr. 12 : Prozentuale Verteilung der schizophrenen Patienten auf die Altersgruppen unter 24, 25 bis 44 und über 45 Jahre

	Gesamtzahl			Männer			Frauen		
	0-24J	25-44J	über 45J	0-24J	25-44J	über 45J.	0-24J	25-44J	über 45J
1904	1,6	47,5	50,8	6,7	53,3	40,0	/	45,7	54,4
1908	19,3	44,7	32,3	22,2	42,2	33,3	18,1	45,7	31,9
1912	6,0	43,6	50,0	3,6	42,2	54,5	7,1	44,1	47,6
1916	13,8	47,1	39,1	7,9	34,2	57,9	16,0	52,0	32,0
1920	1,3	33,8	64,3	/	18,2	81,8	1,8	40,0	58,2
1924	7,8	30,8	62,2	7,7	25,6	66,7	7,8	33,3	58,8
1928	6,1	28,3	64,6	/	33,3	66,7	8,3	26,4	63,9
1932	3,1	33,3	60,4	/	31,3	62,5	4,7	34,4	59,4
1936	4,1	41,2	53,7	5,6	38,9	52,8	3,3	42,6	54,1
1940	/	32,5	66,3	/	19,2	80,9	/	38,6	59,7
1944	4,3	32,8	58,6	5,9	23,5	55,9	3,7	36,6	59,8
1948	6,2	37,3	55,2	3,8	35,4	59,5	7,4	38,3	53,1
1952	3,3	34,6	60,9	8,7	29,0	60,9	1,2	36,8	60,9
1956	4,3	28,2	66,0	9,2	16,9	72,3	2,1	33,3	63,2
1960	3,5	30,7	65,2	6,8	29,9	62,6	13,2	63,2	23,7
1964	7,1	40,4	52,6	7,1	42,4	50,6	7,1	39,5	53,4
1968	8,2	44,1	47,7	10,3	48,5	41,2	7,2	42,1	50,7
1972	4,2	26,8	69,0	8,0	32,0	60,0	2,2	23,9	73,9

Tab.Nr. 13 : Prozentuale Verteilung der manisch -depressiven Patienten auf die Altersgruppen unter 24, 25 bis 44 und über 45 Jahre

	Gesamtzahl			Männer			Frauen		
	0-24J	25-44J	über 45J	0-24J	25-44J	über 45J	0-24J	25-44J	über 45J
1904	49,6	44,0	5,6	43,8	48,4	6,3	55,7	39,4	4,9
1908	49,7	38,7	5,5	46,3	43,8	6,3	53,0	33,7	4,8
1912	43,1	46,0	9,8	34,3	52,9	10,8	55,6	36,1	8,3
1916	52,4	37,2	10,4	45,3	45,3	9,3	58,4	30,3	11,2
1920	52,0	40,1	6,9	45,6	44,7	8,8	60,2	34,1	4,6
1924	34,5	52,7	12,8	32,7	52,7	14,7	39,6	52,8	7,6
1928	26,3	57,9	13,6	21,9	59,6	15,4	33,8	54,9	10,5
1932	21,9	56,3	21,9	18,1	56,8	25,2	28,3	55,4	16,3
1936	21,9	59,6	16,9	17,6	58,2	21,6	28,0	61,7	10,3
1940	27,1	47,5	20,0	25,5	44,3	27,4	28,4	50,0	14,2
1944	33,1	37,5	24,4	20,7	39,7	34,5	40,2	36,3	18,6
1948	21,5	50,5	24,7	16,9	51,8	28,9	25,2	49,5	21,4
1952	21,3	54,7	22,0	22,0	52,4	23,2	20,6	57,4	20,6
1956	14,8	52,7	31,2	22,2	47,2	30,6	4,0	60,0	32,0
1960	16,7	57,7	25,6	20,0	52,5	27,5	13,2	63,2	23,7
1964	25,2	54,6	20,3	24,2	59,6	16,2	27,3	43,2	29,6
1968	37,0	35,2	25,9	50,0	27,8	22,2	11,1	50,0	33,3
1972	46,0	44,0	10,0	56,3	37,5	6,3	27,8	55,6	16,7

Tab.Nr. 14 : Prozentuale Verteilung der Psychopathen auf die Altersgruppen unter 24, 25 bis 44 und über 45 Jahre

	Gesamtaufnahmen			Männer			Frauen		
	0-24J	25-44J	über 45J	0-24J	25-44J	über 45J	0-24J	25-44J	über 45J
1904	7,1	64,3	28,6	7,7	61,6	30,8	/	100,0	/
1908	15,0	40,0	40,0	17,7	41,2	41,2	/	33,3	33,3
1912	3,1	50,0	46,9	4,2	54,2	41,7	/	37,5	62,5
1916	4,4	47,8	47,8	4,6	45,5	50,0	/	100,0	/
1920	28,6	35,7	35,7	27,3	36,4	36,4	33,3	33,3	33,3
1924	30,8	50,0	19,2	21,4	50,0	28,6	41,7	50,0	8,3
1928	10,3	55,2	33,3	8,2	59,0	31,2	15,4	46,2	38,5
1932	12,7	58,2	27,3	12,8	56,4	28,2	12,5	62,5	25,0
1936	14,7	44,1	41,2	12,0	44,0	44,0	22,2	44,4	33,3
1940	5,6	66,7	16,7	10,0	60,0	20,0	/	75,0	12,5
1944	36,7	46,7	13,3	18,2	54,5	18,2	47,4	42,1	10,5
1948	23,4	46,9	27,3	33,3	36,7	28,3	14,7	55,9	26,5
1952	15,7	45,6	34,0	10,4	43,7	40,2	20,2	47,1	28,8
1956	21,1	52,8	24,7	17,7	54,4	27,9	24,3	51,4	21,6
1960	25,0	45,1	29,4	30,8	39,6	28,6	20,4	49,6	30,1
1964	26,6	46,3	27,1	27,2	47,2	25,7	26,2	45,8	28,0
1968	32,5	47,6	19,9	43,2	40,5	16,2	20,0	55,8	24,2
1972	37,4	40,4	21,2	48,8	36,6	14,6	20,0	46,3	31,3

Tab.Nr. 15 : Prozentuale Verteilung der Patienten mit abnormen Erlebnisreaktionen und Neurosen auf die Altersgruppen unter 24, 25 bis 44 und über 45 Jahre

Gesamtpatientenzahl:

	1904 - 72 $\bar{x}_1 \pm \text{SD}$	1904 - 36 $\bar{x}_2 \pm \text{SD}$	1940 - 72 $\bar{x}_3 \pm \text{SD}$
unter 24J.	20,0 $\pm$ 3,6	21,5 $\pm$ 3,9	18,5 $\pm$ 2,8
25 - 44J.	46,1 $\pm$ 4,4	49,0 $\pm$ 3,9	43,3 $\pm$ 3,7
über 45J.	32,7 $\pm$ 5,9	28,1 $\pm$ 2,9	37,3 $\pm$ 4,3

Männer:

	1904 - 72 $\bar{x}_1 \pm \text{SD}$	1904 - 36 $\bar{x}_2 \pm \text{SD}$	1940 - 72 $\bar{x}_3 \pm \text{SD}$
unter 24J.	20,9 $\pm$ 4,8	20,3 $\pm$ 4,7	21,5 $\pm$ 5,2
25 - 44J.	45,6 $\pm$ 6,4	50,4 $\pm$ 5,0	40,8 $\pm$ 3,3
über 45J.	31,7 $\pm$ 6,0	28,1 $\pm$ 4,1	35,3 $\pm$ 5,5

Frauen:

	1904 - 72 $\bar{x}_1 \pm \text{SD}$	1904 - 36 $\bar{x}_2 \pm \text{SD}$	1940 - 72 $\bar{x}_3 \pm \text{SD}$
unter 24J.	19,3 $\pm$ 5,0	23,3 $\pm$ 3,6	15,2 $\pm$ 2,2
25 - 44J.	45,1 $\pm$ 3,7	46,9 $\pm$ 3,3	43,3 $\pm$ 3,4
über 45J.	28,2 $\pm$ 2,8	38,5 $\pm$ 5,5	33,4 $\pm$ 6,8

Tab,Nr.16 : Mittlere prozentuale Verteilung der Patienten der Universitätsnervenklinik München auf die Altersgruppen unter 24, 25 bis 44 und über 45 Jahre für die Zeiträume 1904 - 72 bzw. 1904 - 36 und 1940 - 72

Schizophrenie:

	1904 - 72	1904 - 36	1940 - 72
	$\bar{x}_1 \pm SD$	$\bar{x}_2 \pm SD$	$\bar{x}_3 \pm SD$
unter 24J.	22,2 $\pm$ 5,4	24,5 $\pm$ 4,8	19,8 $\pm$ 5,2
25 - 44J.	57,4 $\pm$ 4,5	59,3 $\pm$ 3,2	55,6 $\pm$ 4,9
über 45J.	19,1 $\pm$ 5,8	15,3 $\pm$ 5,0	23,0 $\pm$ 3,5

Manisch-depressiver Formenkreis:

	1904 - 72	1904 - 36	1940 - 72
	$\bar{x}_1 \pm SD$	$\bar{x}_2 \pm SD$	$\bar{x}_3 \pm SD$
unter 24J.	5,8 $\pm$ 4,6	7,0 $\pm$ 6,0	4,6 $\pm$ 2,4
25 - 44J.	36,5 $\pm$ 6,9	38,8 $\pm$ 7,5	34,2 $\pm$ 5,6
über 45J.	56,6 $\pm$ 10,0	53,1 $\pm$ 11,5	60,2 $\pm$ 7,2

Tab.Nr. 17 : Mittlere prozentuale Verteilung der schizo-
phrenen bzw. manisch-depressiven Patienten
auf die Altersgruppen unter 24, 25 bis 44
und über 45 Jahre in den Zeiträumen 1904 - 72
bzw. 1904 - 36 und 1940 - 72

Psychopathien:

	1904 - 72	1904 - 36	1940 - 72
	$\bar{x}_1 \pm SD$	$\bar{x}_2 \pm SD$	$\bar{x}_3 \pm SD$
unter 24J.	33,0 $\pm$ 12,9	39,0 $\pm$ 13,0	27,0 $\pm$ 10,1
25 - 44J.	48,1 $\pm$ 8,1	48,1 $\pm$ 8,7	48,2 $\pm$ 7,9
über 45J.	17,1 $\pm$ 8,0	11,5 $\pm$ 5,5	22,7 $\pm$ 8,9

Abnorme Erlebnisreaktionen und Neurosen:

	1904 - 72	1904 - 36	1940 - 72
	$\bar{x}_1 \pm Sd$	$\bar{x}_2 \pm SD$	$\bar{x}_3 \pm SD$
unter 24J.	19,5 $\pm$ 11,2	14,1 $\pm$ 9,8	24,9 $\pm$ 10,2
25 - 44J.	49,1 $\pm$ 8,0	49,5 $\pm$ 8,9	48,7 $\pm$ 7,5
über 45J.	29,7 $\pm$ 10,0	35,6 $\pm$ 9,5	23,7 $\pm$ 6,5

Tab.Nr.18 : Mittlere prozentuale Verteilung der Psycho-
 pathen bzw. der Patienten mit abnormen Er-
 lebnisreaktionen und Neurosen auf die Alters-
 gruppen unter 24, 25 bis 44 und über 45 Jahre
 in den Zeiträumen 1904 - 72 bzw. 1904 - 36
 und 1940 - 72

	Gesantaufnahmen			Männer			Frauen		
	unt.2Wo	2-8 Wo	über8Wo	unt.2Wo	2-8 Wo	über8Wo	unt.2Wo	2-8 Wo	über8Wo
1904	55,2	32,0	12,3	60,9	29,9	8,3	45,7	35,4	18,9
1908	61,9	33,3	4,4	69,8	27,2	2,7	48,7	43,6	7,2
1912	58,6	37,5	3,8	67,4	29,5	3,0	45,6	49,5	5,0
1916	58,3	33,7	8,2	58,4	35,0	6,7	58,2	32,3	9,5
1920	59,9	33,9	6,1	60,3	33,4	6,0	59,4	34,4	6,2
1924	41,5	47,6	10,4	46,7	44,7	8,2	33,7	52,1	13,9
1928	48,7	35,3	15,5	58,1	31,2	10,4	35,5	41,1	22,6
1932	49,3	32,1	18,6	56,7	28,7	14,6	40,1	36,4	23,6
1936	43,5	40,5	15,8	51,1	36,1	12,7	34,2	46,0	19,6
1940	44,7	41,7	12,8	50,9	40,3	8,8	38,2	43,1	17,0
1944	63,6	21,1	14,8	67,3	21,2	11,3	60,9	21,0	17,4
1948	53,5	40,0	6,2	55,9	36,7	6,7	51,3	42,9	5,6
1952	44,3	48,8	6,8	47,7	42,6	9,7	41,3	54,3	4,1
1956	37,1	47,4	15,3	43,5	44,9	11,4	30,7	50,0	19,3
1960	31,2	53,3	15,3	38,4	48,3	13,2	24,3	58,2	17,4
1964	30,8	56,9	12,2	34,2	56,8	9,0	27,5	57,0	15,3
1968	28,0	59,0	13,0	33,3	57,6	9,1	22,8	60,3	16,9
1972	29,7	47,5	15,3	28,8	45,3	15,0	31,0	50,6	15,8

Tab.Nr. 19 : Prozentuale Verteilung der Gesamtaufnahmen der Psychiatrischen Universitätsklinik München auf die Gruppen mit Aufenthaltsdauern unter zwei, zwei bis acht und über acht Wochen

	Gesamtaufnahmen			Männer			Frauen		
	unt.2Wo	2-8 Wo	über8Wo	unt.2Wo	2-8 Wo	über8Wo	unt.2Wo	2-8 Wo	über8Wo
1904	28,3	47,8	23,2	29,0	53,2	16,1	27,6	43,4	28,9
1908	38,0	54,9	7,1	37,2	60,5	2,3	39,3	46,4	14,3
1912	41,2	52,7	6,1	44,4	48,6	7,0	38,2	56,6	5,3
1916	53,8	36,7	9,5	44,3	47,5	8,2	59,8	29,9	10,3
1920	56,3	39,3	4,4	52,6	43,2	4,2	58,2	37,3	4,5
1924	29,0	58,8	11,9	36,1	53,6	9,3	23,7	62,6	13,8
1928	24,3	49,8	24,7	33,6	47,1	19,3	16,9	52,0	23,1
1932	22,0	47,0	30,9	26,0	43,8	30,2	13,3	43,3	34,4
1936	20,9	50,9	27,9	25,8	46,7	26,7	17,5	53,7	28,8
1940	25,1	49,0	25,1	28,6	54,8	16,7	23,3	46,0	29,4
1944	41,3	18,6	37,8	52,0	18,0	28,0	36,9	18,9	41,8
1948	43,3	47,6	8,9	40,0	51,9	8,2	45,3	44,9	9,4
1952	25,6	60,1	14,5	14,2	57,5	28,4	31,7	61,5	6,3
1956	17,7	44,2	37,4	19,7	46,5	32,4	15,8	42,1	42,1
1960	10,6	53,3	36,2	12,6	46,2	41,2	28,7	59,9	31,5
1964	12,0	61,8	26,3	15,1	61,1	23,8	9,0	62,4	28,6
1968	14,0	57,0	29,0	17,1	51,2	31,7	11,9	61,0	27,1
1972	16,2	47,6	29,9	17,1	40,5	32,4	15,1	55,9	26,9

Tab.Nr. 20: Prozentuale Verteilung der schizophhrenen Patienten auf die Gruppen mit Aufenthaltsdauern unter zwei, zwei bis acht und über acht Wochen

	Gesamtaufnahmen			Männer			Frauen		
	unt.2Wo	2-8 Wo	über8Wo	unt.2Wo	2-8 Wo	über8Wo	unt.2Wo	2-8 Wo	über8Wo
1904	31,2	44,3	24,6	26,7	40,0	33,3	32,6	45,7	21,7
1908	31,7	55,9	11,2	33,3	51,1	13,3	31,0	57,8	10,4
1912	25,6	65,0	9,4	36,4	63,6	/	21,4	65,5	13,1
1916	50,7	32,6	16,7	47,4	39,5	13,2	52,0	30,0	18,0
1920	31,2	44,2	23,4	13,0	40,9	40,9	38,2	45,5	16,4
1924	20,0	61,1	18,9	23,0	59,0	18,0	17,7	62,8	19,6
1928	24,2	50,5	24,2	33,3	48,1	18,5	20,8	51,4	26,4
1932	29,2	38,5	32,3	28,1	43,8	28,1	29,7	35,9	34,4
1936	33,0	45,4	20,6	36,1	47,2	16,7	31,2	44,3	23,0
1940	22,9	54,2	21,7	38,5	53,9	7,7	15,8	54,4	28,1
1944	32,8	36,2	31,0	32,4	32,4	35,3	32,9	37,8	29,3
1948	22,4	66,4	11,2	19,0	63,3	17,7	24,1	67,9	8,0
1952	13,6	79,4	7,0	14,5	72,5	13,1	13,2	82,2	4,6
1956	13,9	63,2	23,0	24,6	58,5	16,9	9,0	65,3	25,7
1960	11,3	68,5	20,2	12,9	71,4	15,6	10,5	67,3	22,2
1964	10,9	71,1	17,6	7,1	81,2	11,8	12,6	66,6	20,3
1968	14,6	67,7	17,7	17,7	70,6	11,8	13,2	66,5	20,4
1972	9,2	67,6	18,3	4,0	64,0	22,0	12,0	69,6	16,3

Tab.Nr. 21: Prozentuale Verteilung der manisch-depressiven Patienten auf die Gruppen mit Aufenthaltsdauern unter zwei, zwei bis acht und über acht Wochen

	Gesamtaufnahmen			Männer		Frauen	
	unt.2Wo	2-8 Wo	über8Wo	unt.2Wo	2-8 Wo	unt.2Wo	2-8 Wo
1904	31,2	44,3	24,6	26,7	40,0	32,6	45,7
1908	31,7	55,9	11,2	33,3	51,1	31,0	57,8
1912	25,6	65,0	9,4	36,4	63,6	21,4	65,5
1916	50,7	32,6	16,7	47,4	39,5	52,0	30,0
1920	31,2	44,2	23,4	13,6	40,9	38,2	45,5
1924	20,0	61,1	18,9	23,1	59,0	17,7	62,8
1928	24,2	50,5	24,2	33,3	48,1	20,8	51,4
1932	29,2	38,5	32,3	28,1	43,8	29,7	35,9
1936	33,0	45,4	20,6	36,1	47,2	31,2	44,3
1940	22,9	54,2	21,7	38,5	53,9	15,8	54,4
1944	32,8	36,2	31,0	32,4	32,4	32,9	37,8
1948	24,4	66,4	11,2	19,0	63,3	24,1	67,9
1952	13,6	79,4	7,0	14,5	72,5	13,2	82,2
1956	13,9	63,2	23,0	24,6	58,5	9,0	65,3
1960	11,3	68,5	20,2	12,9	71,4	10,5	67,3
1964	10,9	71,1	17,6	7,1	81,2	12,6	66,6
1968	14,6	67,7	17,7	17,7	70,6	13,2	66,5
1972	9,2	67,6	18,3	4,0	64,0	12,0	63,6
						über8Wo	über8Wo
						33,3	21,7
						13,3	10,4
						/	13,0
						13,2	18,0
						40,9	16,4
						18,0	19,6
						18,5	26,4
						28,1	34,4
						16,7	23,0
						7,7	28,1
						35,3	29,3
						17,7	8,0
						13,1	4,6
						16,9	25,7
						15,6	22,2
						11,8	20,3
						11,8	20,4
						22,0	16,3

Tab.Nr. 22: Prozentuale Verteilung der Psychopathen auf die Gruppen mit Aufenthaltsdauern unter zwei, zwei bis acht und über acht Wochen

	Gesamtaufnahmen			Männer			Frauen		
	unt. 2Wo	2-8 Wo	über8Wo	unt. 2Wo	2-8 Wo	über8Wo	unt. 2Wo	2-8 Wo	über8Wo
1904	18,6	21,4	/	84,6	15,4	/	/	100,0	/
1908	75,0	25,0	/	70,6	29,4	/	100,0	/	/
1912	84,4	15,6	/	91,7	8,3	/	62,5	37,5	/
1016	69,6	30,4	/	68,2	31,8	/	100,0	/	/
1920	85,7	7,1	7,1	81,8	9,1	9,1	100,0	/	/
1924	53,9	46,2	/	57,1	42,9	/	50,0	50,0	/
1928	81,6	16,1	2,3	88,5	11,5	/	65,4	26,9	7,7
1932	78,2	16,4	5,5	89,7	5,1	5,1	50,0	43,8	6,3
1936	79,4	11,8	8,8	84,0	12,0	4,0	66,7	11,1	22,2
1940	44,4	55,6	/	40,0	60,0	/	50,0	50,0	/
1944	83,3	16,7	/	72,7	27,3	/	89,5	10,5	/
1948	72,7	26,6	0,8	70,0	30,0	/	75,0	23,5	1,5
1952	71,7	26,2	2,1	73,6	24,1	2,3	70,2	27,9	1,9
1956	53,5	40,1	6,3	58,8	35,3	5,9	48,7	44,5	6,8
1960	51,5	41,2	6,9	55,0	38,5	6,6	48,7	43,4	7,1
1964	47,5	47,5	5,1	45,7	50,0	4,3	48,6	45,8	5,6
1968	28,6	62,6	8,7	29,7	66,7	3,6	27,4	57,9	14,7
1972	33,5	47,8	11,3	26,8	49,6	13,0	43,8	45,0	8,8

Tab.Nr. 23: Prozentuale Verteilung der Patienten mit abnormen Erlebnisreaktionen und Neurosen auf die Gruppen mit Aufenthaltsdauern unter zwei, zwei bis acht und über acht Wochen

Gesamtpatientenzahl:

	1904 - 72 $\bar{X}_1 \pm SD$	1904 - 36 $\bar{X}_2 \pm SD$	1940 - 72 $\bar{X}_3 \pm SD$
unter 2 Wo	46,7 $\pm$ 11,8	52,8 $\pm$ 7,4	40,3 $\pm$ 12,2
2 - 8 Wo	41,2 $\pm$ 10,0	36,2 $\pm$ 5,1	46,2 $\pm$ 11,3
über 8 Wo	11,5 $\pm$ 4,5	10,6 $\pm$ 5,4	12,4 $\pm$ 3,6

Männer:

	1904 - 72 $\bar{X}_1 \pm SD$	1904 - 36 $\bar{X}_2 \pm SD$	1940 - 72 $\bar{X}_3 \pm SD$
unter 2 Wo	51,6 $\pm$ 12,3	58,8 $\pm$ 7,2	44,4 $\pm$ 12,4
2 - 8 Wo	38,3 $\pm$ 10,1	32,9 $\pm$ 5,3	43,7 $\pm$ 11,0
über 8 Wo	9,3 $\pm$ 3,5	5,3 $\pm$ 2,4	11,0 $\pm$ 2,4

Frauen:

	1904 - 72 $\bar{X}_1 \pm SD$	1904 - 36 $\bar{X}_2 \pm SD$	1940 - 72 $\bar{X}_3 \pm SD$
unter 2 Wo	40,5 $\pm$ 11,8	44,6 $\pm$ 9,7	36,5 $\pm$ 12,9
2 - 8 Wo	44,9 $\pm$ 10,3	41,2 $\pm$ 7,1	48,6 $\pm$ 12,0
über 8 Wo	44,9 $\pm$ 10,3	14,0 $\pm$ 7,3	14,3 $\pm$ 5,5

Tab.Nr. 24 : Mittlere prozentuale Verteilung der Patienten der Universitätsnervenklinik München auf die Gruppen mit Aufenthaltsdauern unter zwei , zwei bis acht und über acht Wochen für die Zeiträume 1904 - 72 bzw. 1904 - 36 und 1940 - 72

Schizophrenie:

	1904 - 72 $\bar{x}_1 \pm SD$	1904 - 36 $\bar{x}_2 \pm SD$	1940 - 72 $\bar{x}_3 \pm SD$
unter 2 Wo	28,9 $\pm$ 13,8	34,9 $\pm$ 13,3	22,9 $\pm$ 12,2
2 - 8 Wo	48,7 $\pm$ 10,1	48,6 $\pm$ 7,1	48,8 $\pm$ 12,8
über 8 Wo	21,7 $\pm$ 11,4	16,2 $\pm$ 10,4	27,2 $\pm$ 10,1

Manisch-depressiver Formenkreis:

	1904 - 72 $\bar{x}_1 \pm SD$	1904 - 36 $\bar{x}_2 \pm SD$	1940 - 72 $\bar{x}_3 \pm SD$
unter 2 Wo	23,8 $\pm$ 10,7	30,8 $\pm$ 8,6	16,8 $\pm$ 7,7
2 - 8 Wo	56,2 $\pm$ 13,6	48,6 $\pm$ 10,5	63,8 $\pm$ 12,3
über 8 Wo	19,4 $\pm$ 6,8	20,1 $\pm$ 7,1	18,6 $\pm$ 6,9

Psychopathien:

	1904 - 72 $\bar{x}_1 \pm SD$	1904 - 36 $\bar{x}_2 \pm SD$	1940 - 72 $\bar{x}_3 \pm SD$
unter 2 Wo	58,7 $\pm$ 10,8	63,1 $\pm$ 5,1	54,3 $\pm$ 13,3
2 - 8 Wo	36,0 $\pm$ 8,4	32,5 $\pm$ 4,6	39,5 $\pm$ 10,0
über 8 Wo	4,8 $\pm$ 3,0	4,3 $\pm$ 2,5	5,3 $\pm$ 3,5

Tab.Nr. 25: Mittlere prozentuale Verteilung der schizo-
phrenen bzw. manisch-depressiven bzw. psycho-
pathischen Patienten auf die Gruppen mit Auf-
enthaltsdauern unter zwei, zwei bis acht und
über acht Wochen für die Zeiträume 1904 - 72
bzw. 1904 - 36 und 1940 - 72

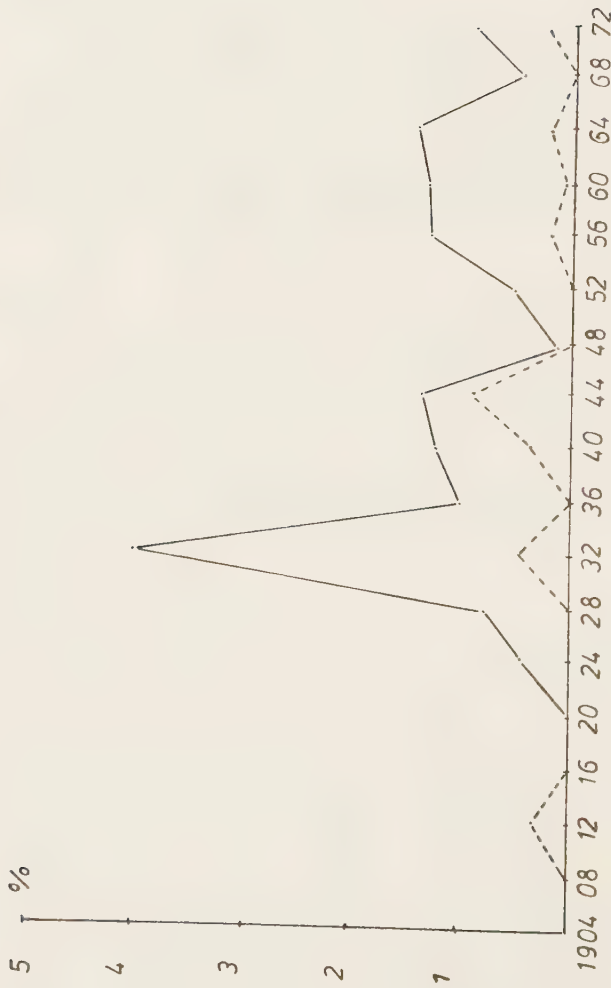


Abb. 5 : Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "psychische Störungen nach Gehirnverletzungen" bei den männlichen (—) bzw. weiblichen (---) Patienten der Universitätsnervenlinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972



Abb. 6a Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "progressive Paralyse" bei der Gesamtpatientenzahl der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972



Abb. 6b: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "progressive Paralyse" bei den männlichen (—) bzw. weiblichen (---) Patienten der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972



Abb. 7 : Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "psychische Störungen des höheren Lebensalters mit kinnatrophischen Prozessen" bei den männlichen (—) bzw. weiblichen (---) Patienten der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

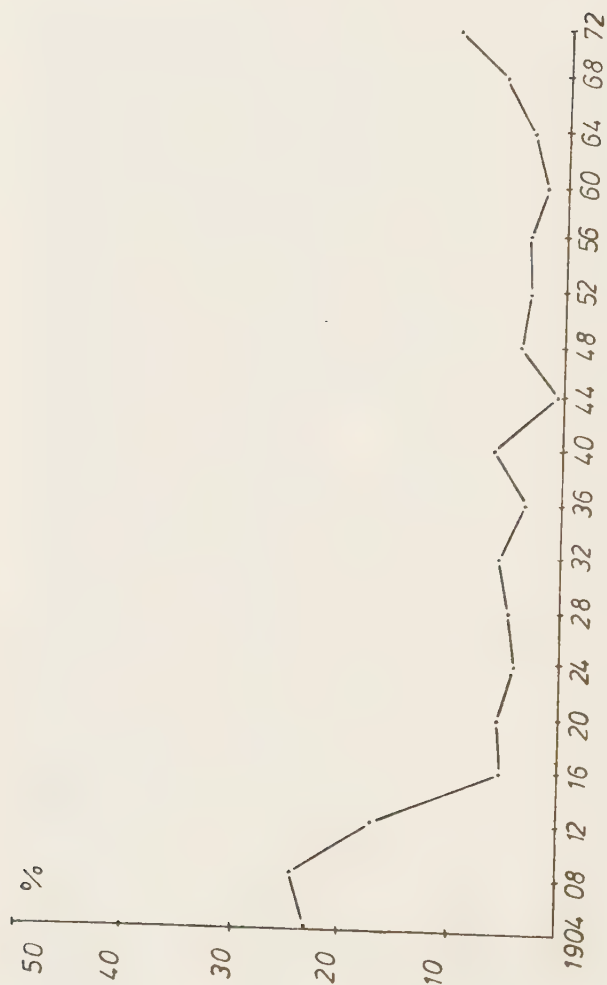


Abb. 8a: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "Alkoholismus" bei der Gesamtpatientenzahl der Universitätsnervenkl. in München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

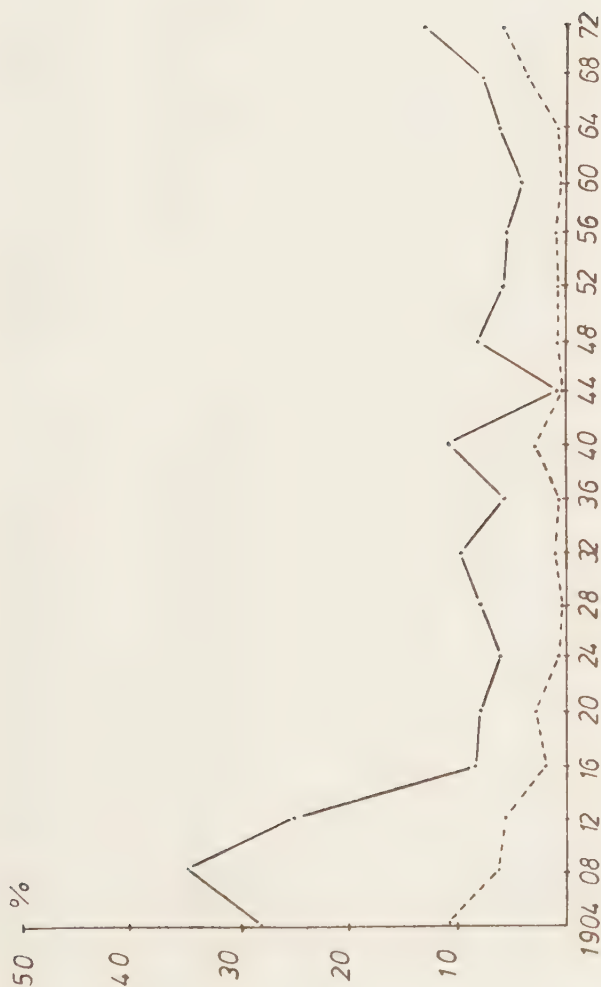


Abb. 8b: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "Alkoholismus" bei den männlichen (---) bzw. weiblichen (---) Patienten der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

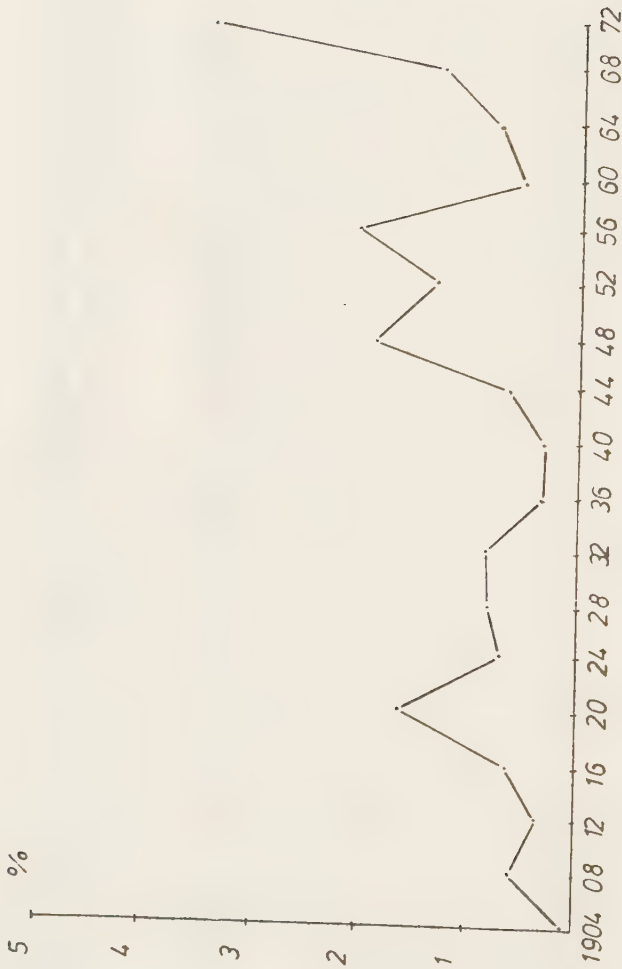


Abb. 9a: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "Sucht" bei der Gesamtpatientenzahl der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

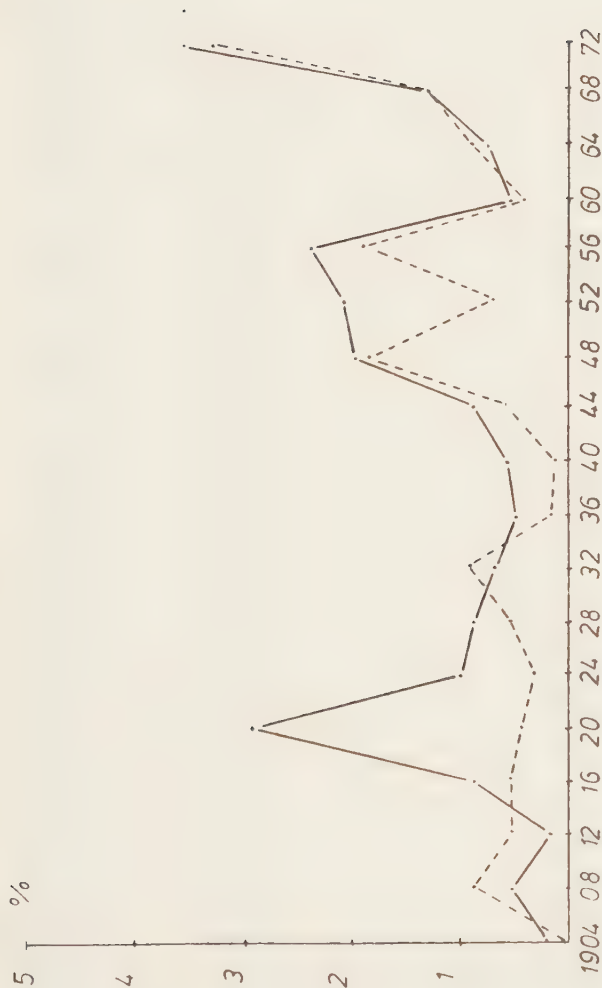


Abb. 9b : Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "Sucht" bei den männlichen (—) bzw. weiblichen (---) Patienten der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

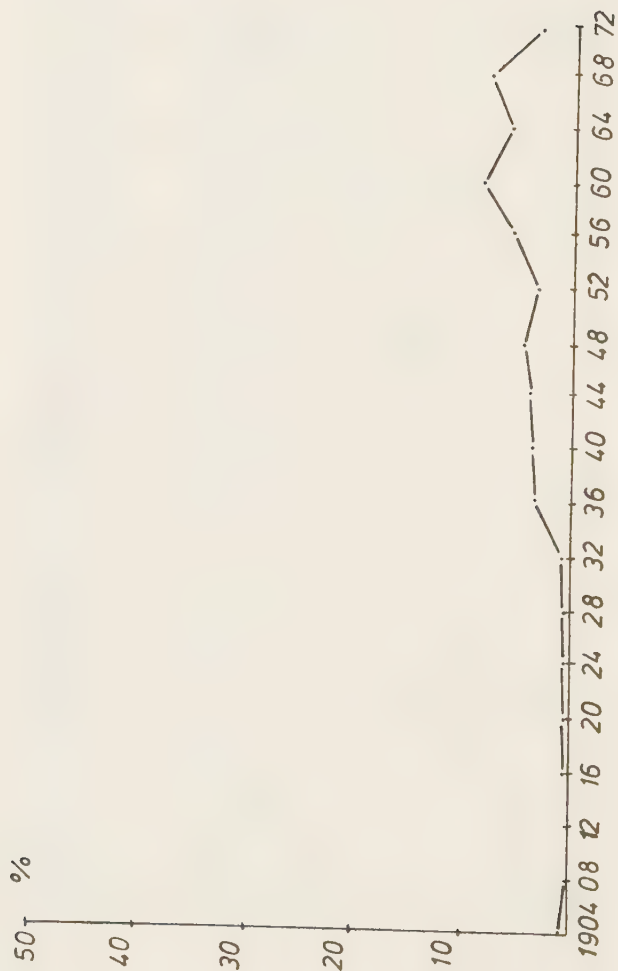


Abb. 10a: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "symptomatische Epilepsie" bei der Gesamt-
patientenzahl der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904
bis 1972

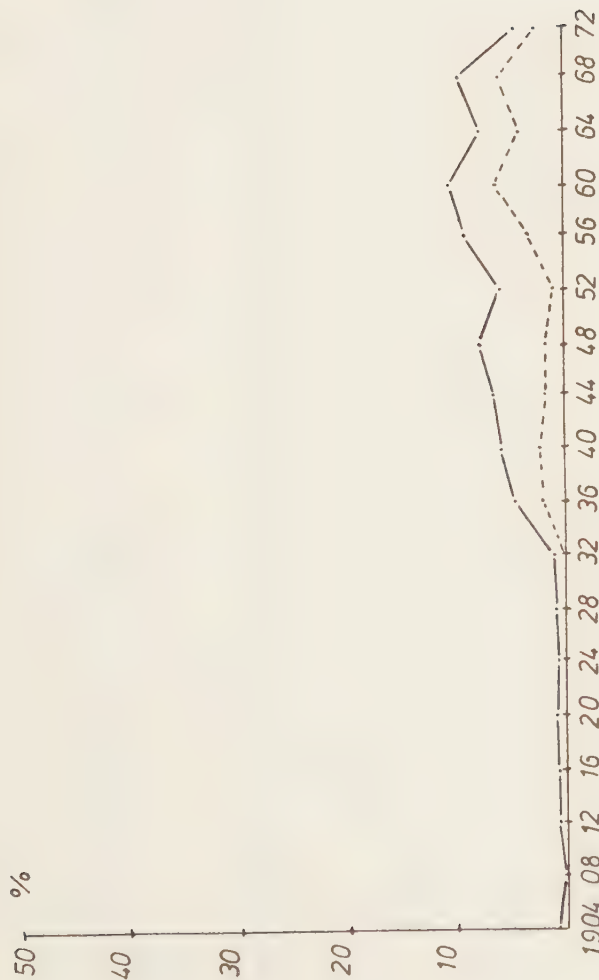


Abb. 10b: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "symptomatische Epilepsie" bei den männlichen (—) bzw. weiblichen (---) Patienten der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

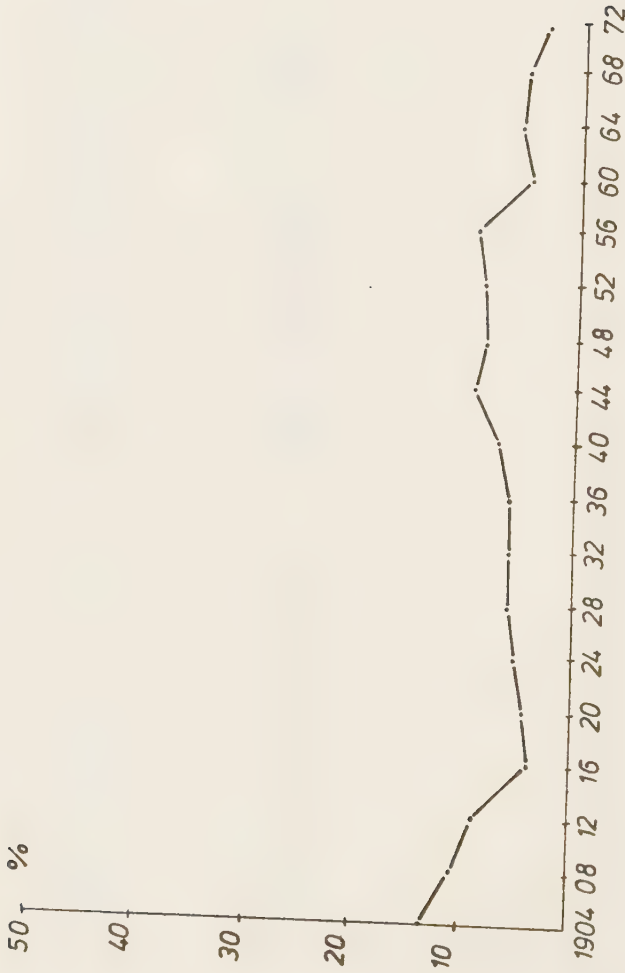


Abb. 11a: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "genuine Epilepsie" bei der Gesamtpatientenzahl der Universitätsnervenlinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

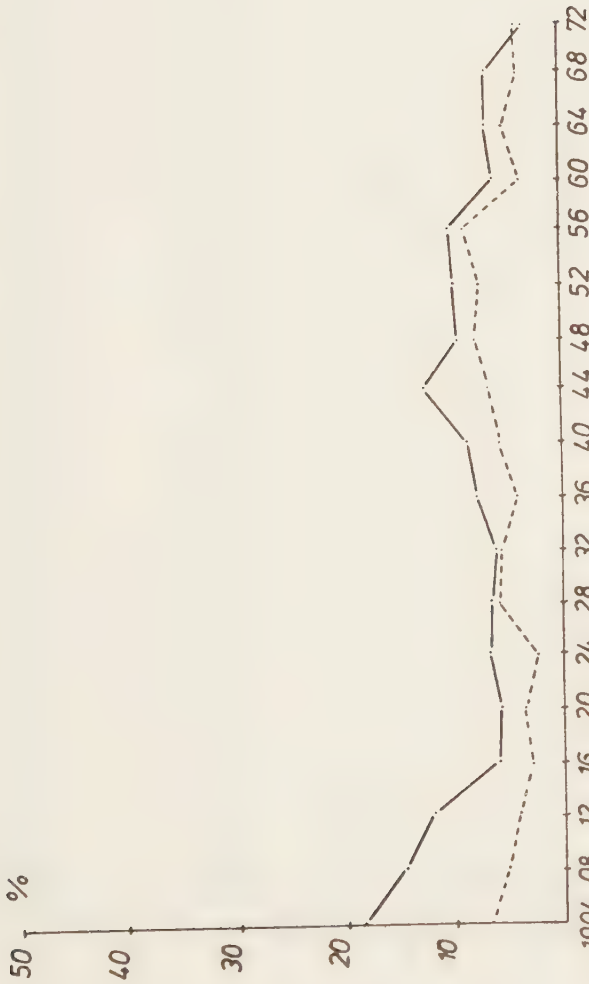


Abb. 11b: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "genuine Epilepsie" bei den männlichen (---) bzw. weiblichen (—) Patienten der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

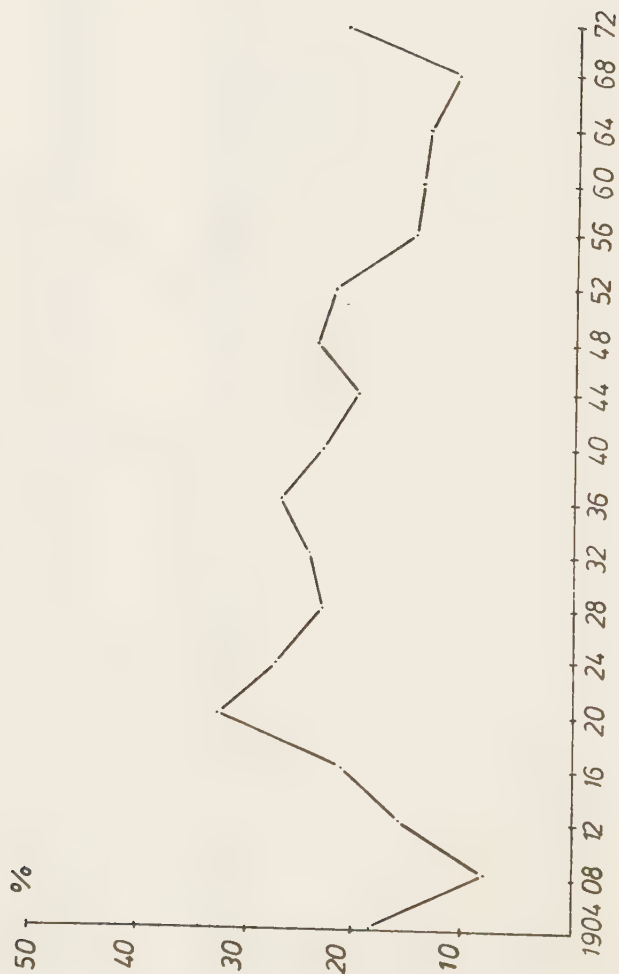


Abb. 12a: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "schizophrener Formenkreis" bei der Gesamt-patientenzahl der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

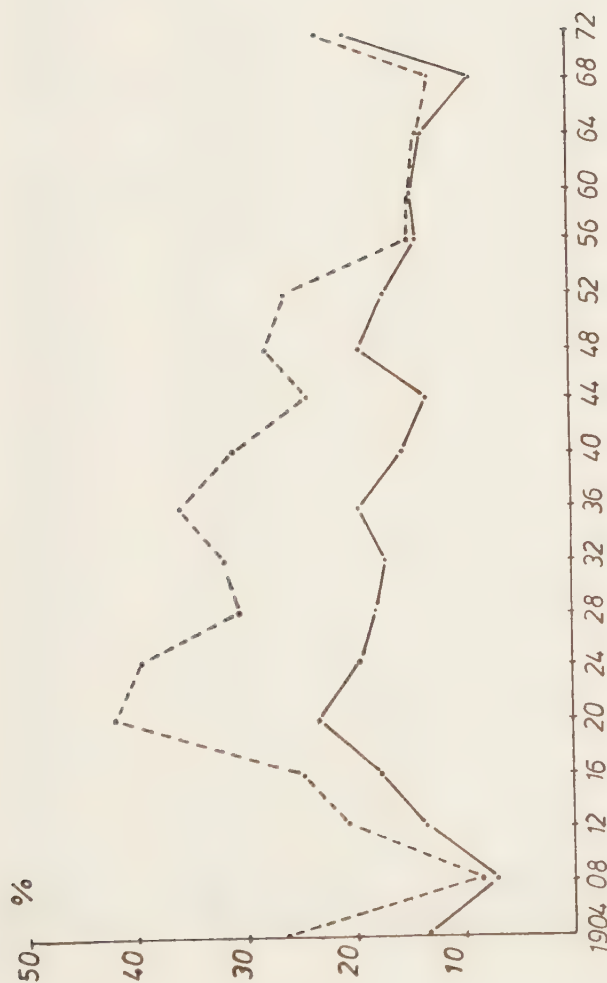


Abb. 12b: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "schizophrener Formenkreis" bei den männlichen (---) bzw. weiblichen (—) Patienten der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

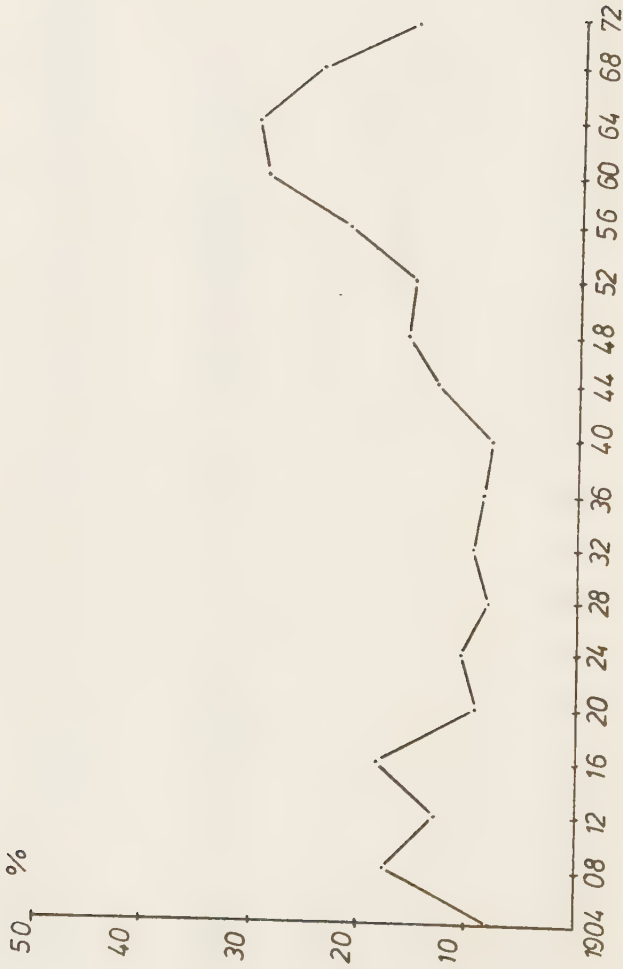


Abb. 13a: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "manisch-depressiver Formenkreis" bei der Gesamtpatientenzahl der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

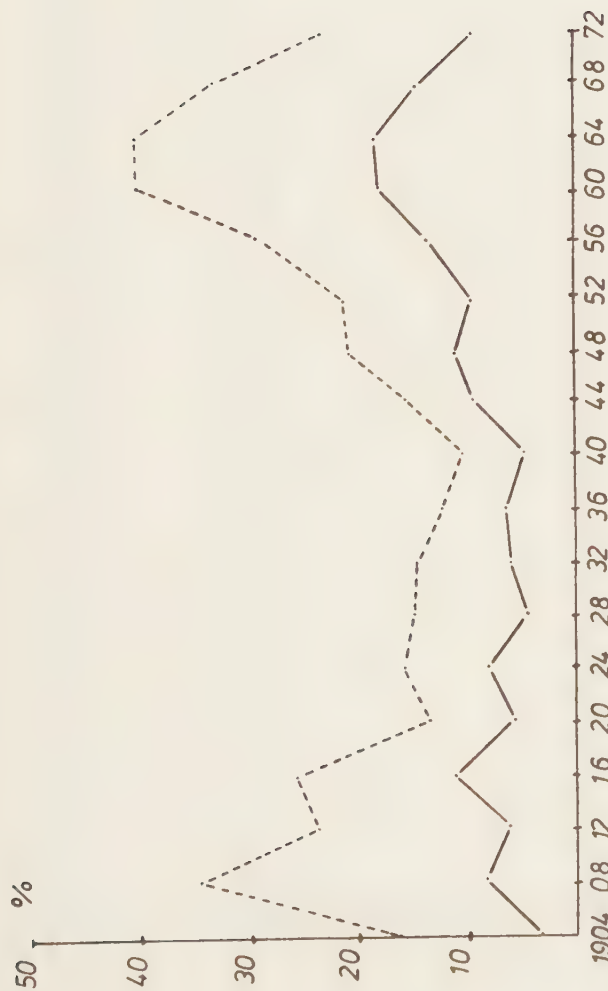


Abb. 13b: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "manisch-depressiver Formenkreis" bei den männlichen (—) bzw. weiblichen (---) Patienten der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

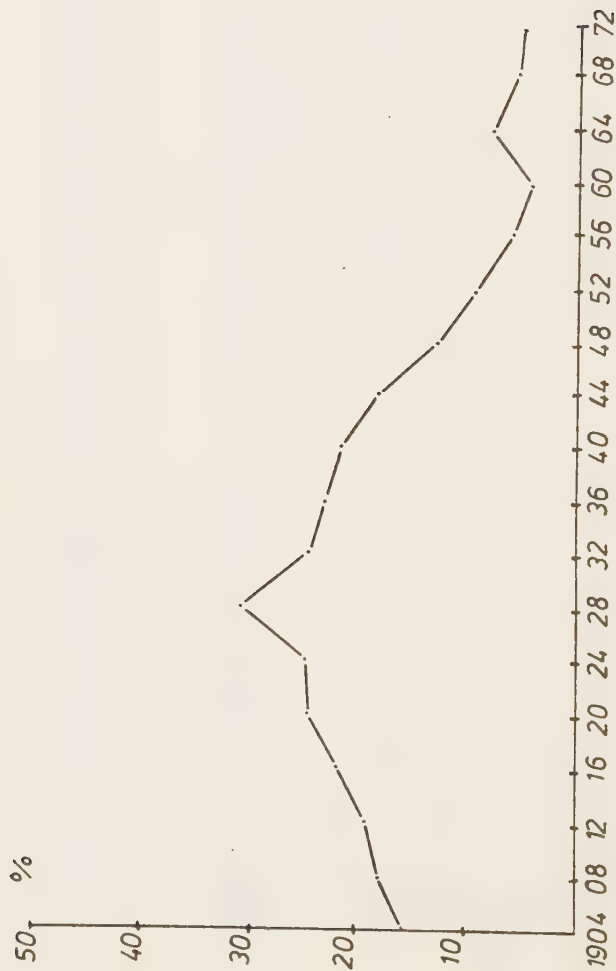


Abb. 14a: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "psychopathische Persönlichkeit" bei der Gesamtpatientenzahl der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

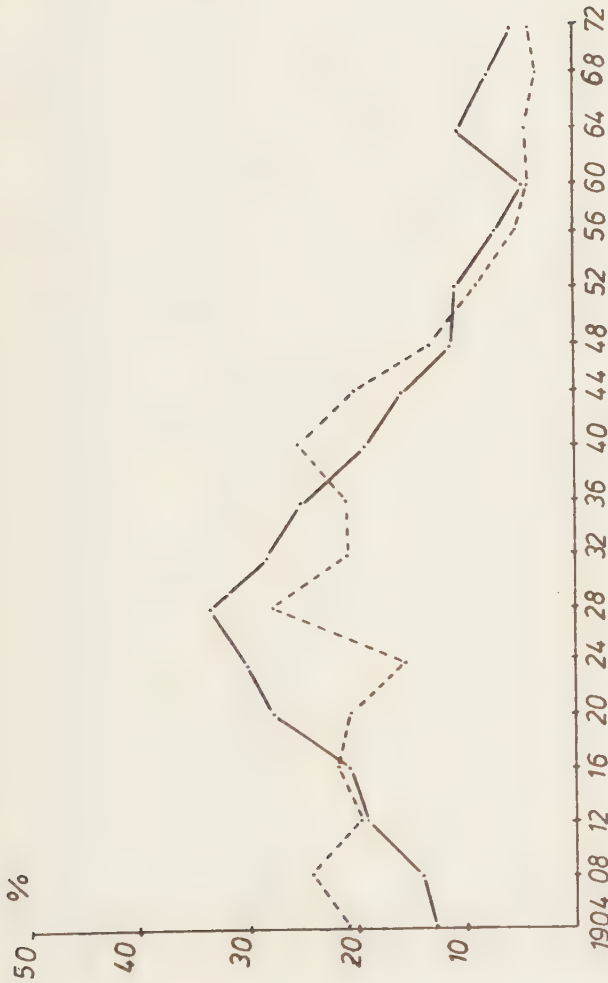


Abb. 14b: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "psychopathische Persönlichkeit" bei den männlichen (—) bzw. weiblichen (---) Patienten der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

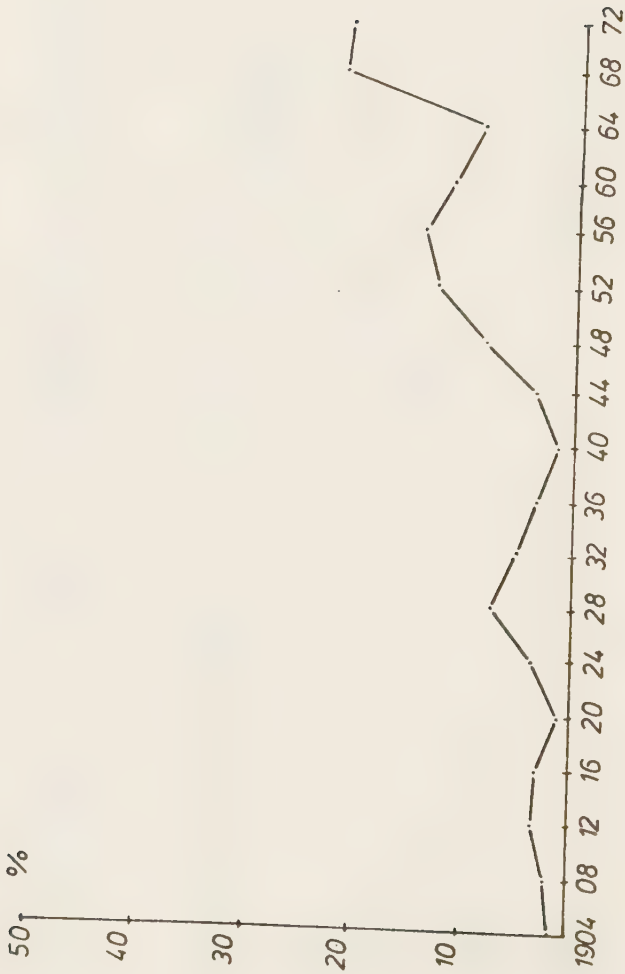


Abb. 15a: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "Neurose" bei der Gesamtpatientenzahl der Universitätsnervenkrankheiten im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972



Abb. 15b: Prozentuale Häufigkeit der Diagnose "Neurose" bei den männlichen (—) bzw. weiblichen (---) Patienten der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

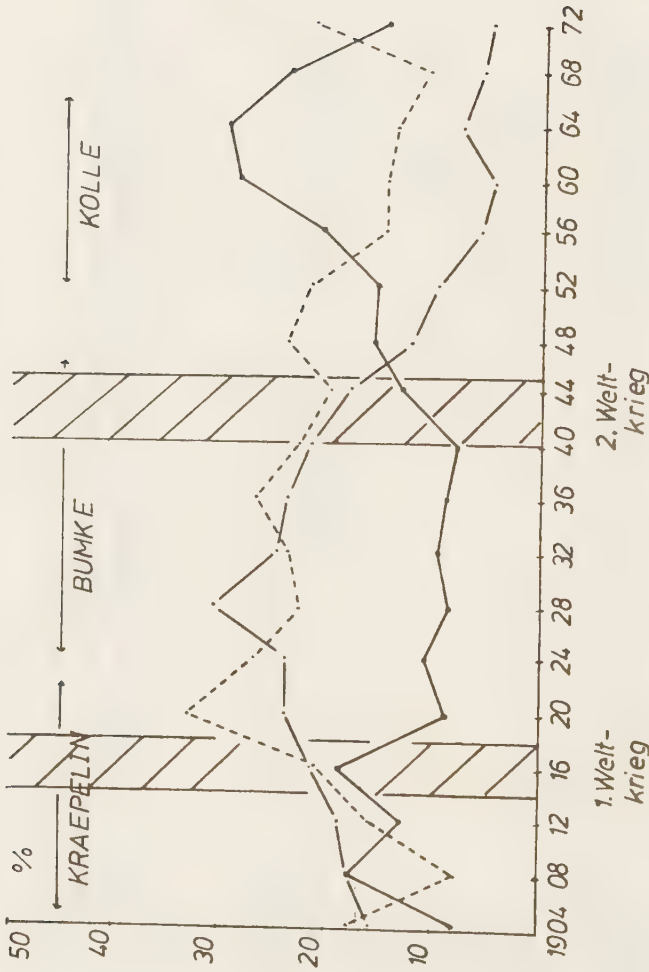


Abb. 16 : Prozentuale Häufigkeit der Diagnosen "schizophrener Formenkreis" (---) bzw. "manisch-depressiver Formenkreis" (—●—) bzw. "psychopathische Persönlichkeit" (---) bei den Patienten der Universitätsnervenklinik München in Verlauf der Jahre 1904 bis 1972 unter Berücksichtigung der Amtszeiten der Klinikdirektoren KRAEPELIN, BUMKE und KOLLE bzw. der Jahre des ersten und zweiten Weltkrieges

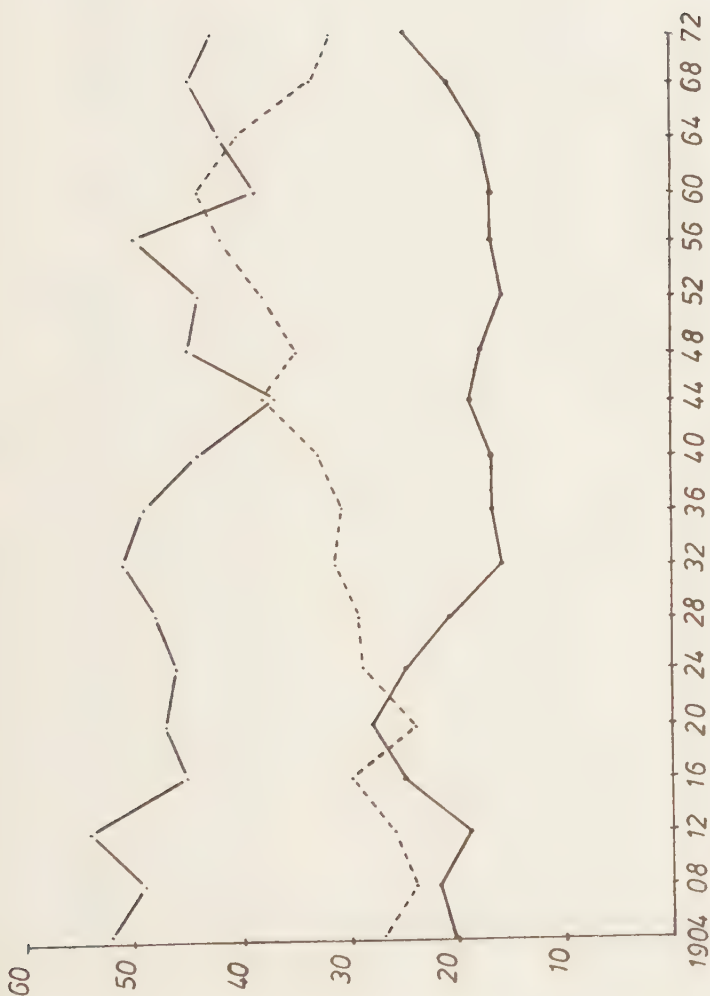


Abb. 17a : Prozentuale Verteilung der Patienten der Universitätsnervenklinik München auf die Altersgruppen unter 24 (—), 25 bis 44 (---) und über 45 Jahre (---) im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

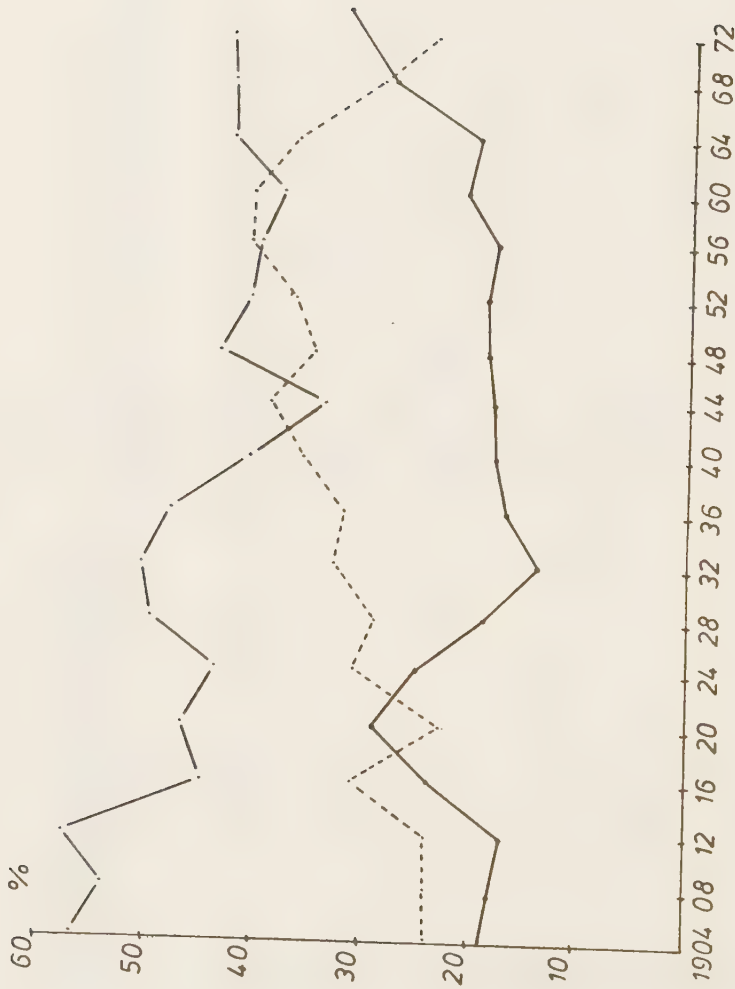


Abb. 17b : Prozentuale Verteilung der männlichen Patienten der Universitätsnervenlinik München auf die Altersgruppen unter 24 (—), 25 bis 44 (---) und über 45 Jahre (— · —) im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

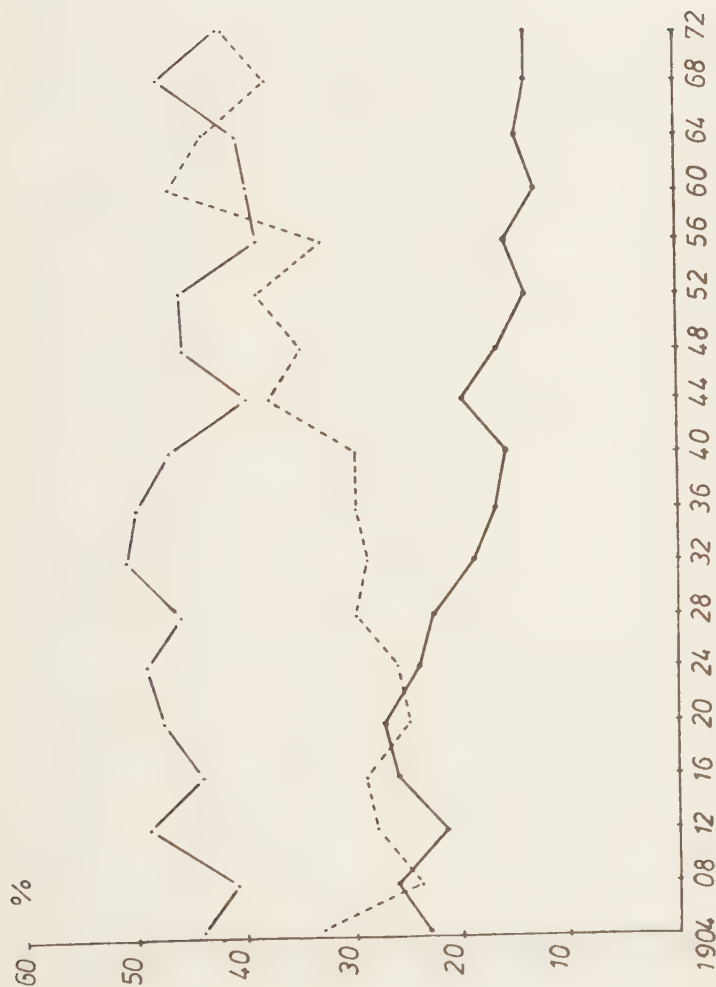


Abb. 17c: Prozentuale Verteilung der weiblichen Patienten der Universitätsnervenlinik München auf die Altersgruppen unter 24 (—•—), 25 bis 44 (---) und über 45 Jahre (---) im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

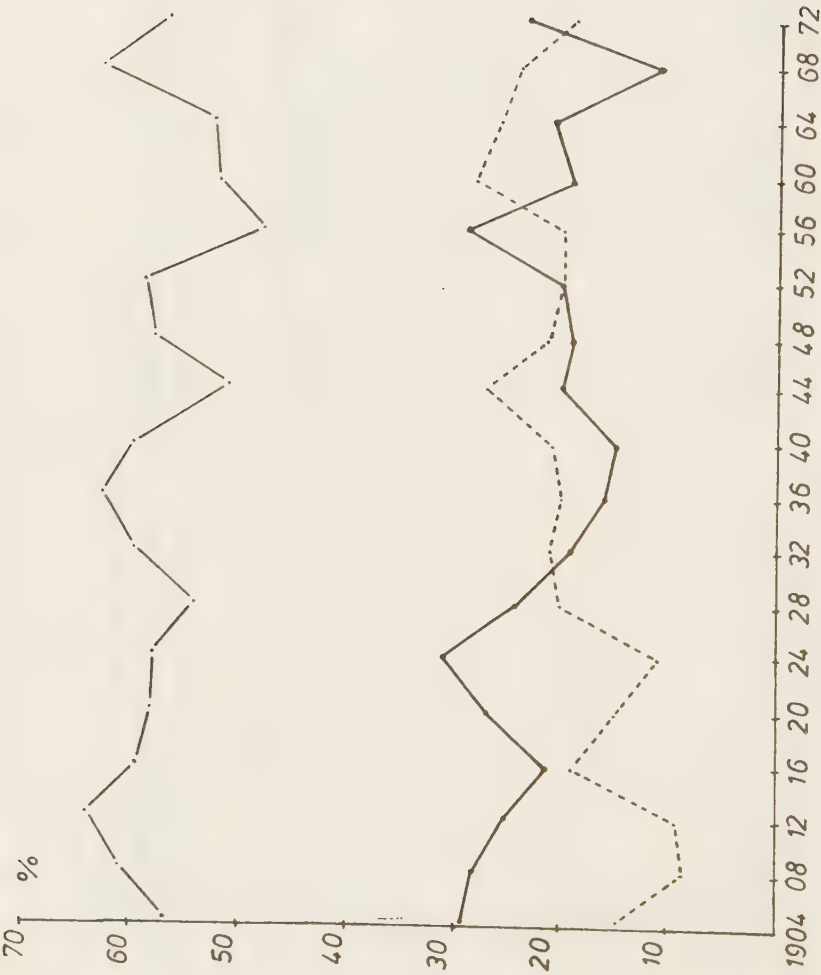


Abb. 18 : Prozentuale Verteilung der Patienten mit der Diagnose "Schizophrenie" auf die Altersgruppen unter 24 (—•—), 25 bis 44 (---) und über 45 Jahre (----) an der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972



Abb. 19 : Prozentuale Verteilung der Patienten mit der Diagnose "manisch-depressiver Formenkreis" auf die Altersgruppen unter 24 (—), 25 bis 44 (---) und über 45 Jahre (---) an der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

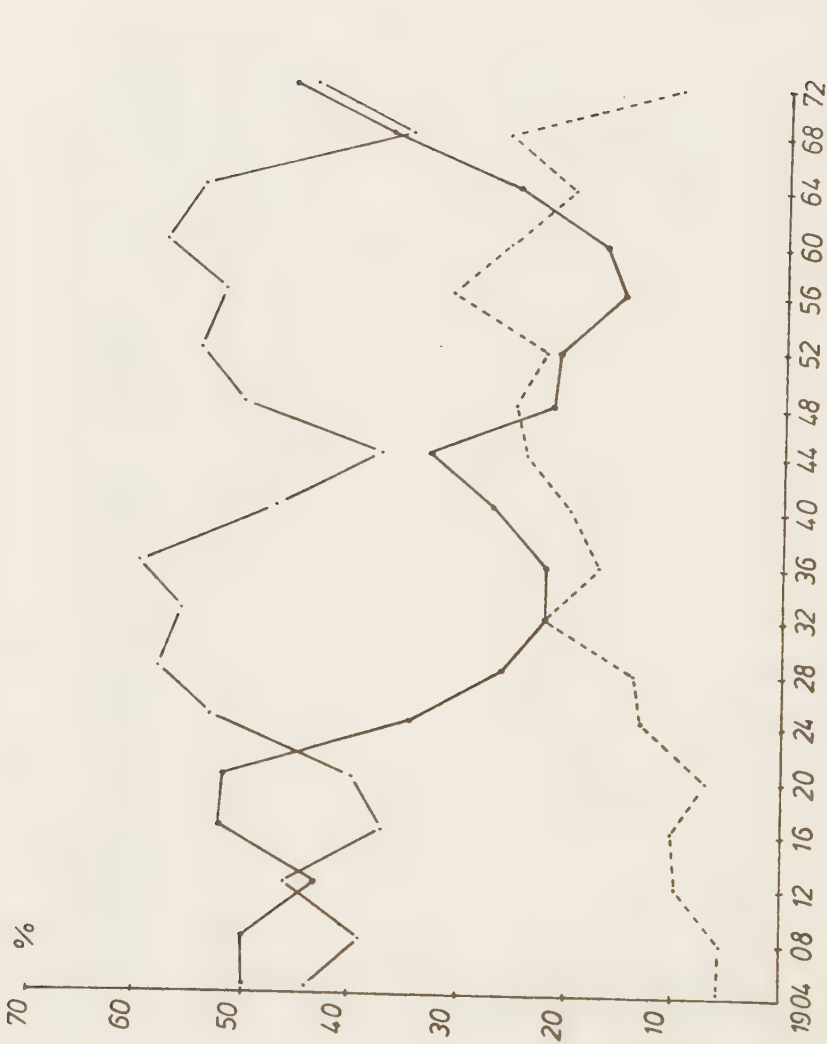


Abb. 20 : Prozentuale Verteilung der Patienten mit der Diagnose "psychopathische Persönlichkeit" auf die Altersgruppen unter 24 (—•—), 25 bis 44 (---) und über 45 Jahre (---) an der Universitätsnervenklinik München im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

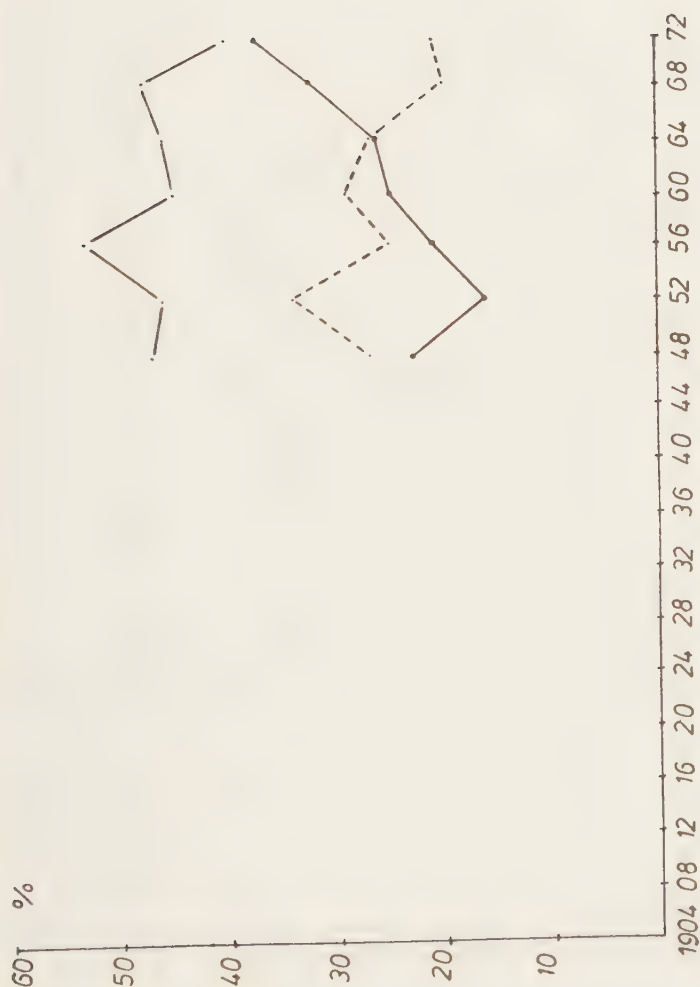


Abb. 21 : Prozentuale Verteilung der Patienten mit der Diagnose "Neurose" auf die Altersgruppen unter 24 (—•—), 25 bis 44 (—•—) und über 45 Jahre (---) an der Universitätsnervenlinik München im Verlauf der Jahre 1948 bis 1972

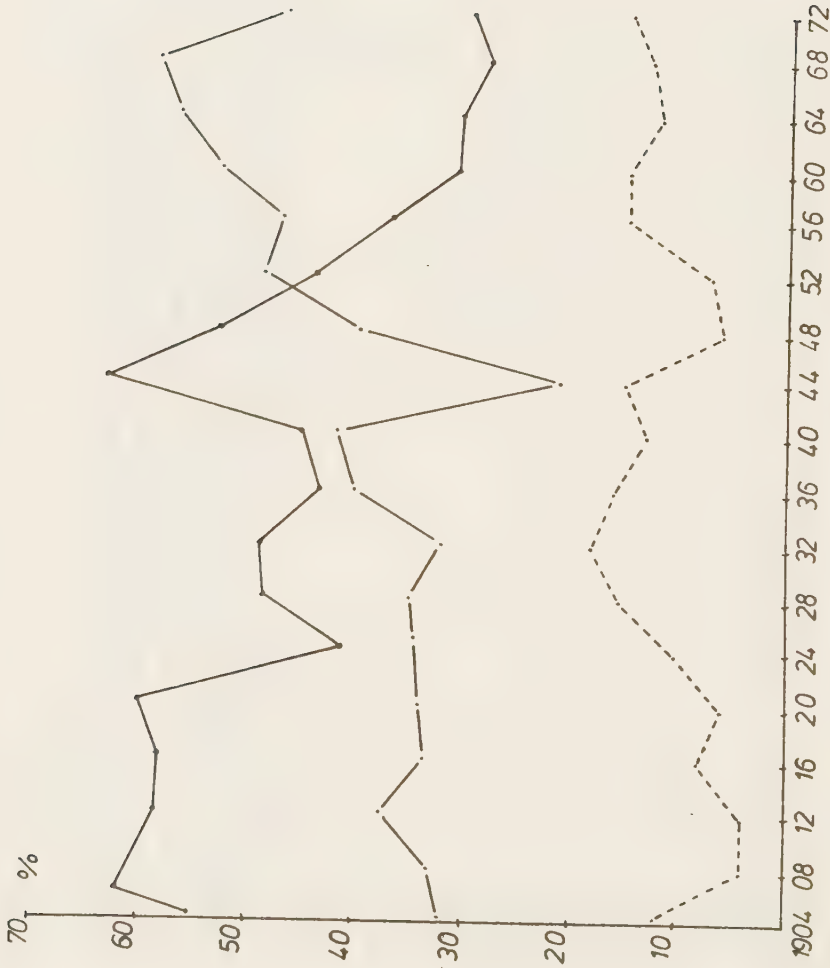


Abb. 22a : Prozentuale Verteilung der Patienten der Universitätsnervenklinik München auf die Gruppen mit Aufenthaltsdauern unter zwei (—●—), zwei bis acht (---) und über acht Wochen (---) im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

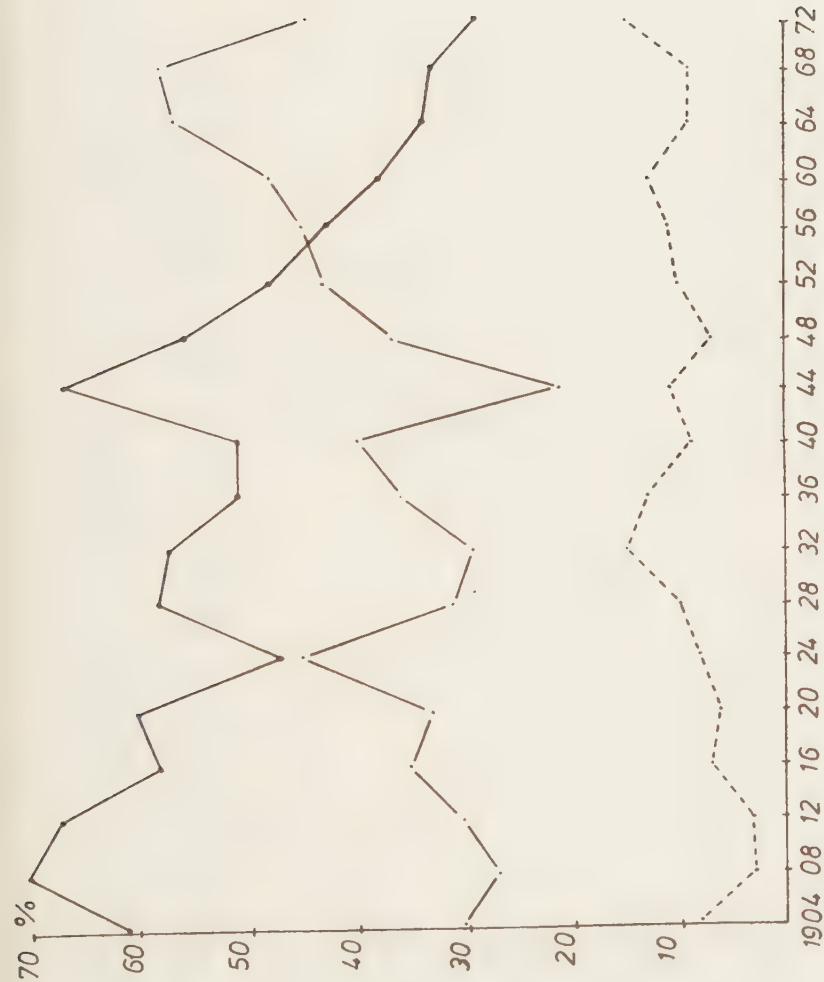


Abb. 22b : Prozentuale Verteilung der männlichen Patienten der Universitätsnervenklinik München auf die Gruppen mit Aufenthaltsdauern unter zwei (—•—•—), zwei bis acht (—•—•—) und über acht Wochen (---) im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

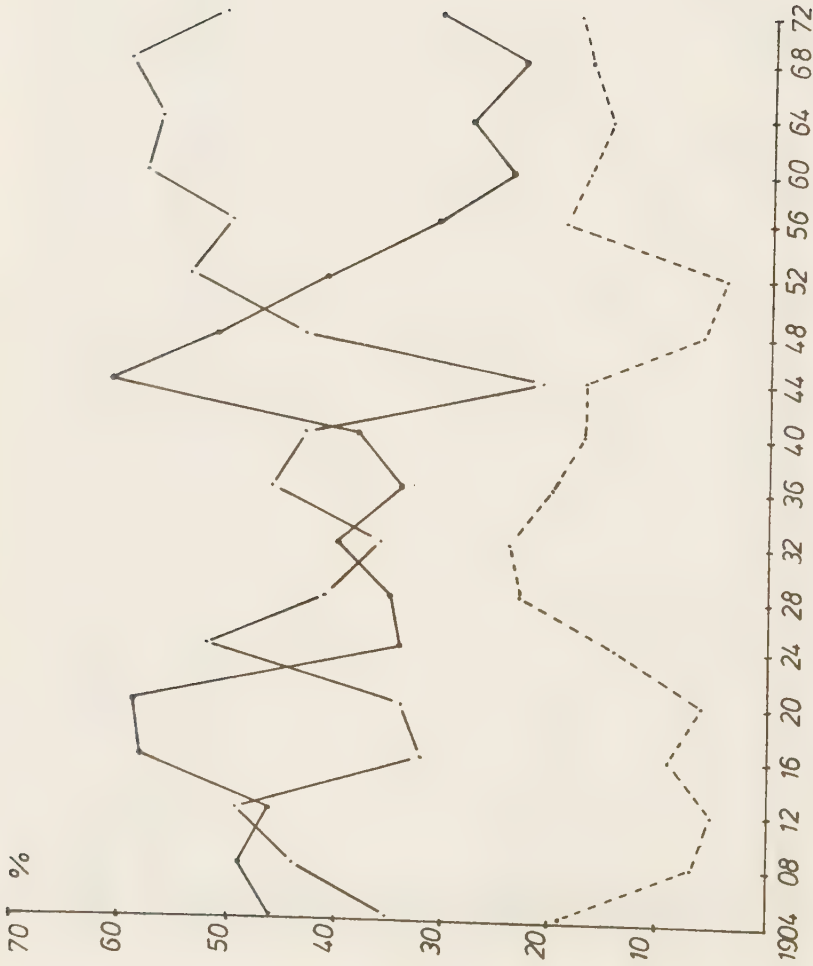


Abb. 22c : Prozentuale Verteilung der weiblichen Patienten der Universitätsnervenlinik München auf die Gruppen mit Aufenthaltsdauern unter zwei (—•—•—), zwei bis acht (—•—•—) und über acht Wochen (---) im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

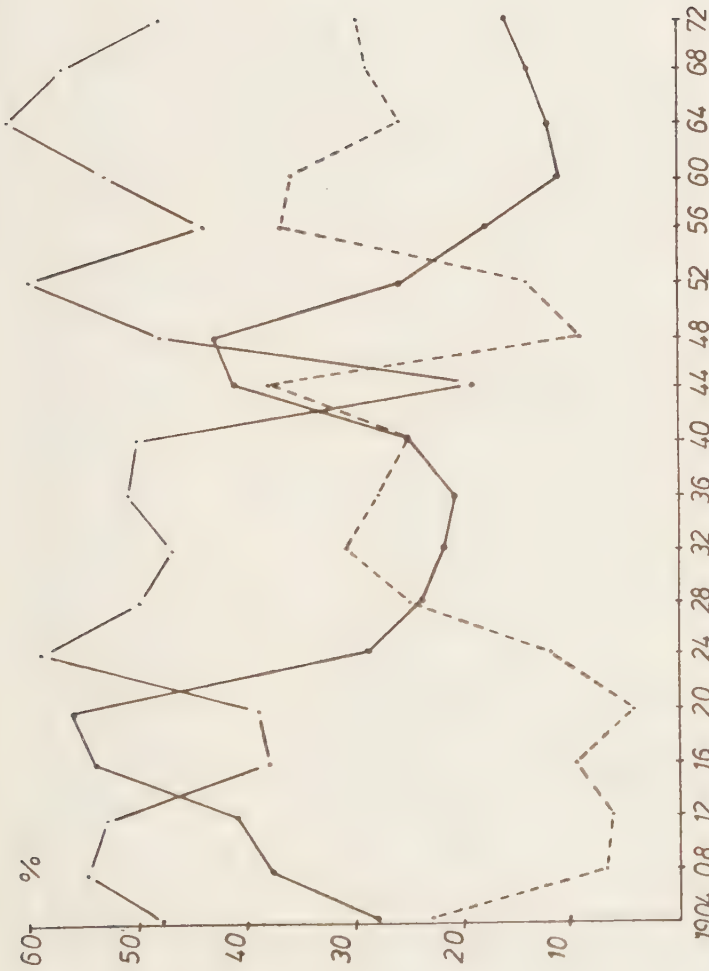


Abb. 23 : Prozentuale Verteilung der schizophhrenen Patienten der Universitätsnervenklinik München auf die Gruppen mit Aufenthaltsdauern unter zwei (—•—), zwei bis acht (—•—) und über acht Wochen (---) im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

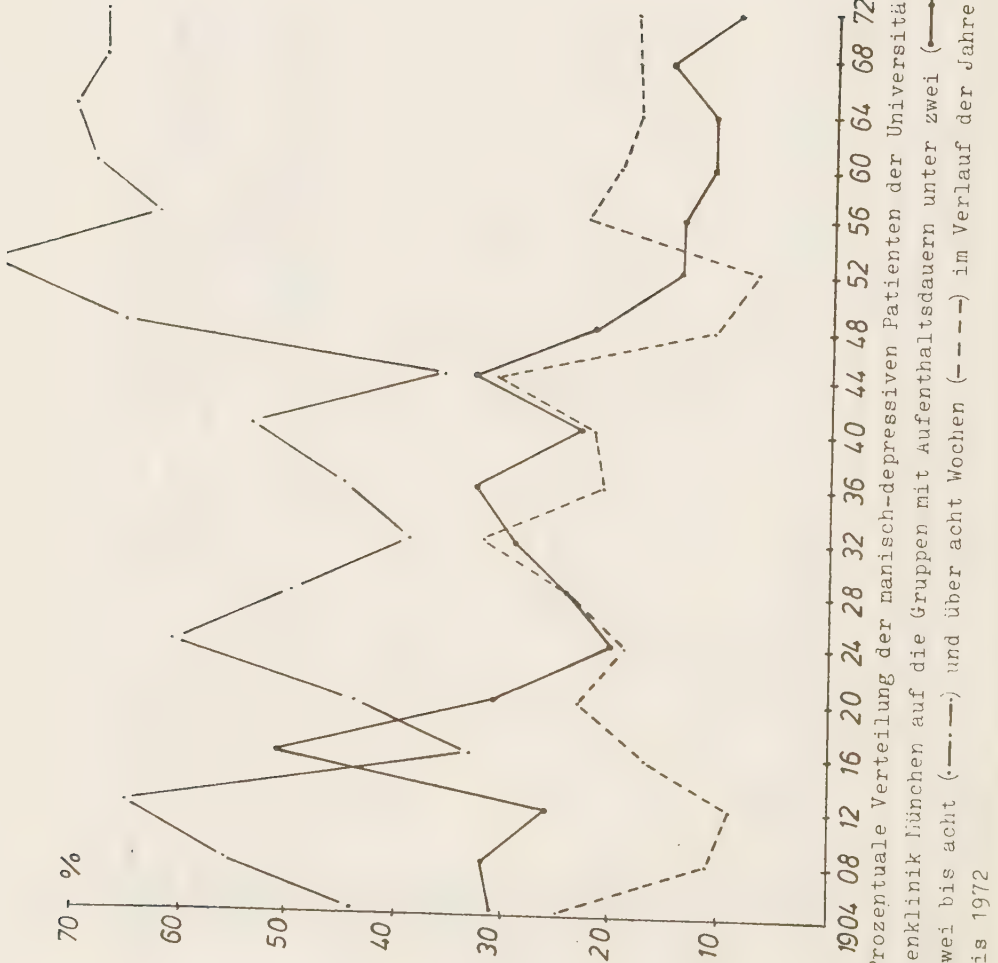


Abb. 24 : Prozentuale Verteilung der manisch-depressiven Patienten der Universitätsnervenklinik München auf die Gruppen mit Aufenthaltsdauern unter zwei (—) und über acht Wochen (---) im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

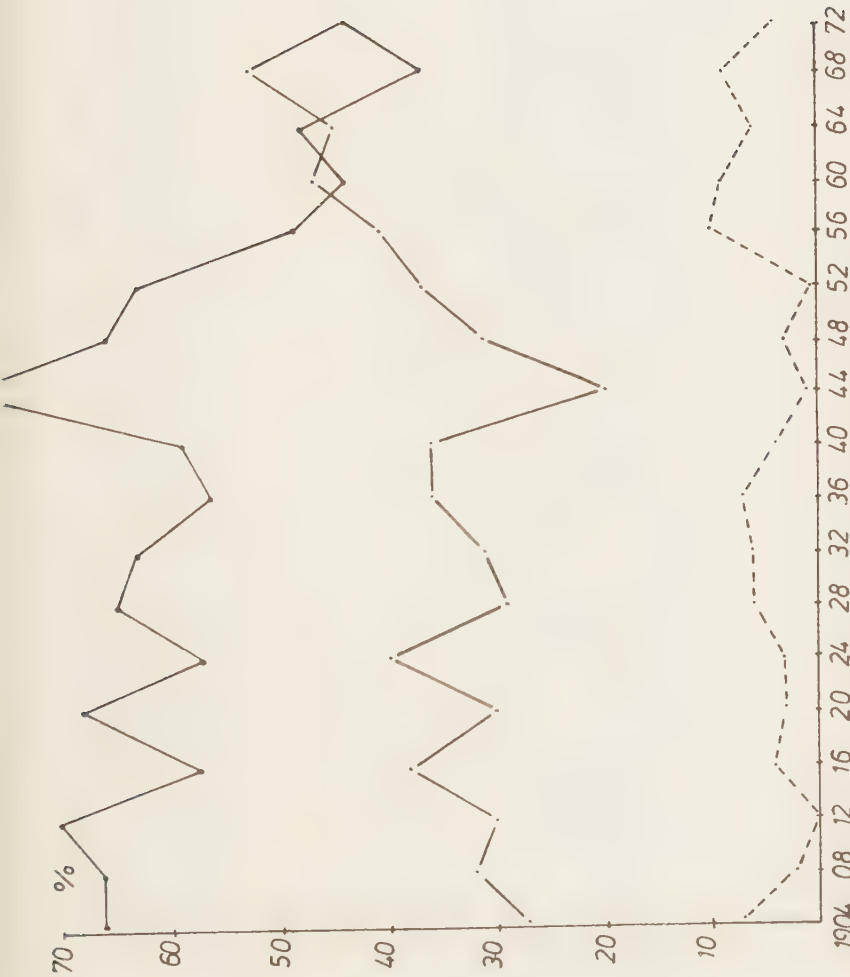


Abb. 25 : Prozentuale Verteilung der psychopathischen Patienten der Universitätsnervenklinik München auf die Gruppen mit Aufenthaltsdauern unter zwei (—•—•—), zwei bis acht (---) und über acht Wochen (---) im Verlauf der Jahre 1904 bis 1972

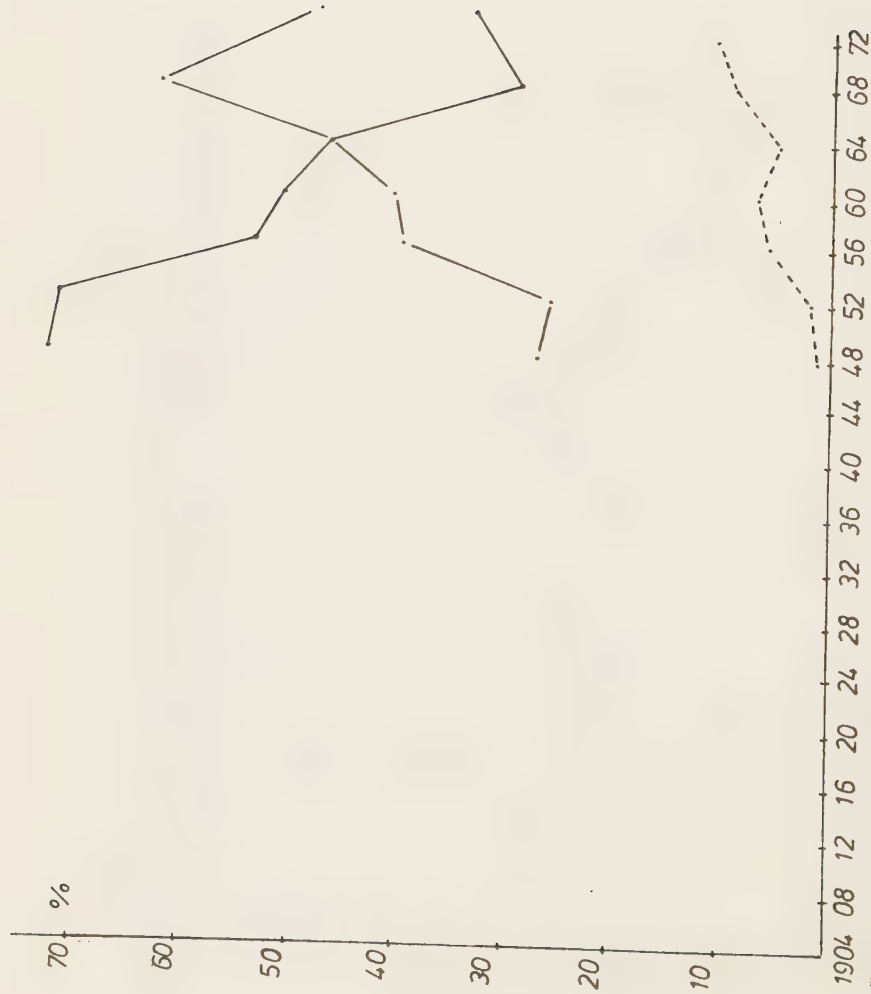


Abb. 26 : Prozentuale Verteilung der neurotischen Patienten der Universitätsnervenklinik München auf die Gruppen mit Aufenthaltsdauern unter zwei (—•—•—), zwei bis acht (---•---) und über acht Wochen (---) im Verlauf der Jahre 1948 bis 1972

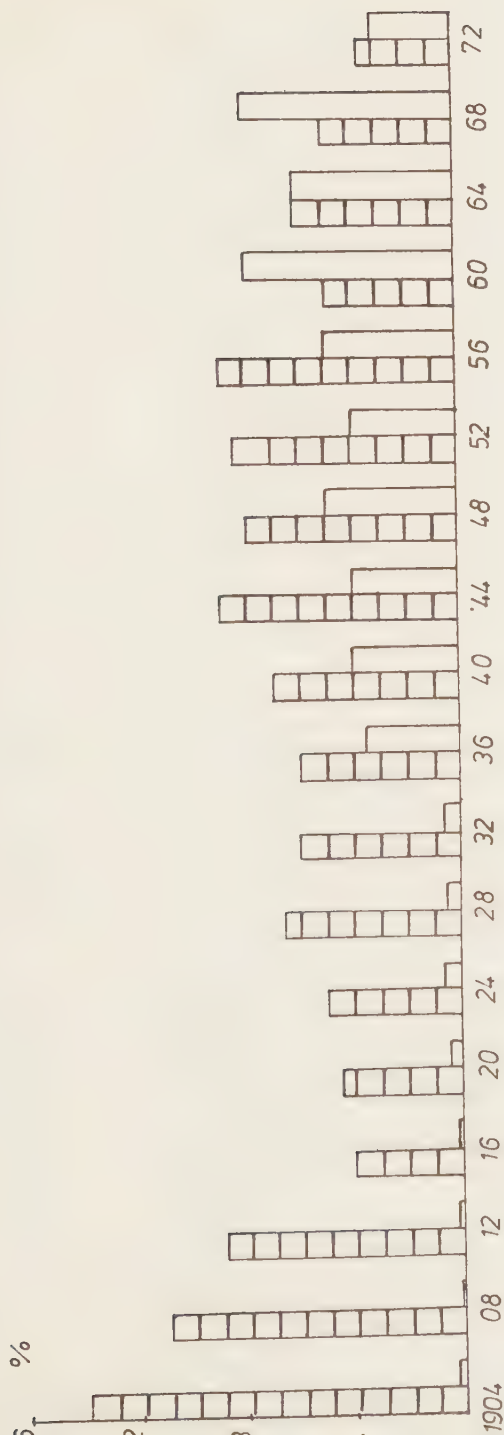


Abb. 27: Vergleich der prozentualen Häufigkeit der Diagnose "genuine Epilepsie" (1. Balken) bzw. "symptomatische Epilepsie" (2. Balken) bei der Gesamtpatientenzahl der Universitätsnervenklinik München in den Jahren 1904 bis 1972

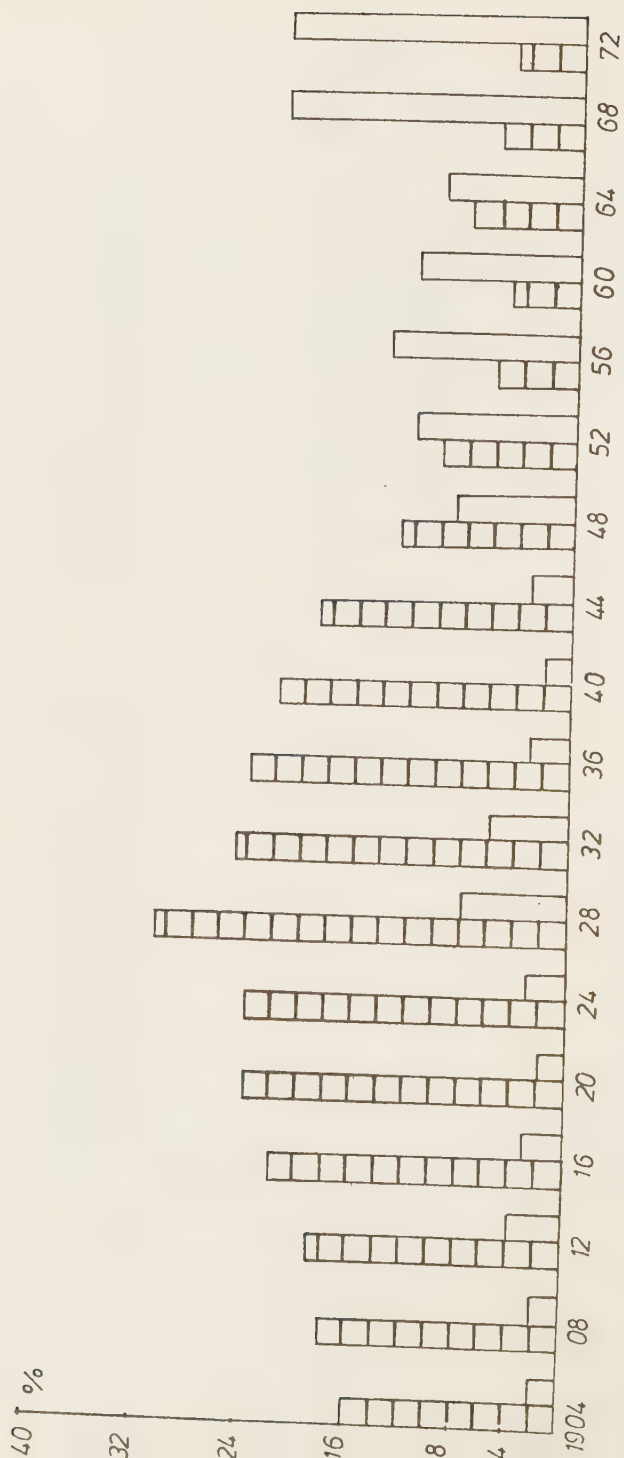


Abb. 28: Vergleich der prozentualen Häufigkeit der Diagnose "psychopathische Persönlichkeit" (1. Balken) bzw. "Neurose" (2. Balken) bei der Gesamtpatientenzahl der Universitätsnervenlinik München in den Jahren 1904 bis 1972

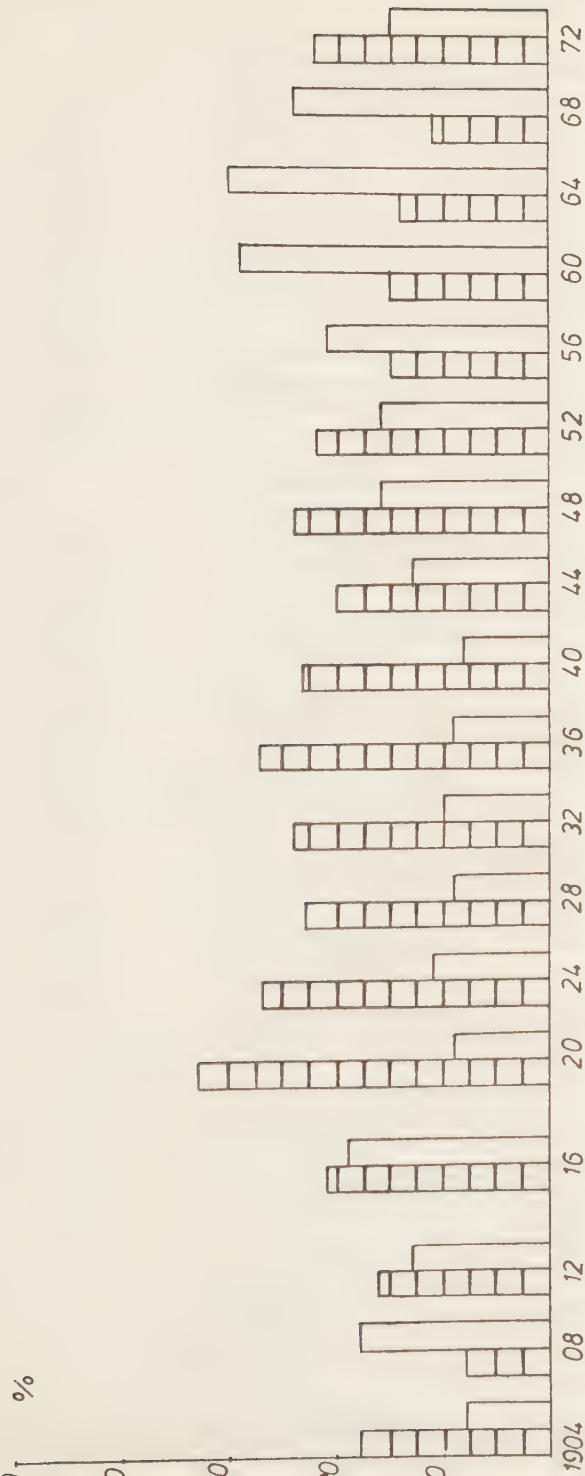


Abb. 29a: Vergleich der prozentualen Häufigkeit der Diagnose "schizophrener Formenkreis" (1. Balken) bzw. "manisch-depressiver Formenkreis" (2. Balken) bei der Gesamt-patientenzahl der Universitätsnervenklinik München in den Jahren 1904 bis 1972

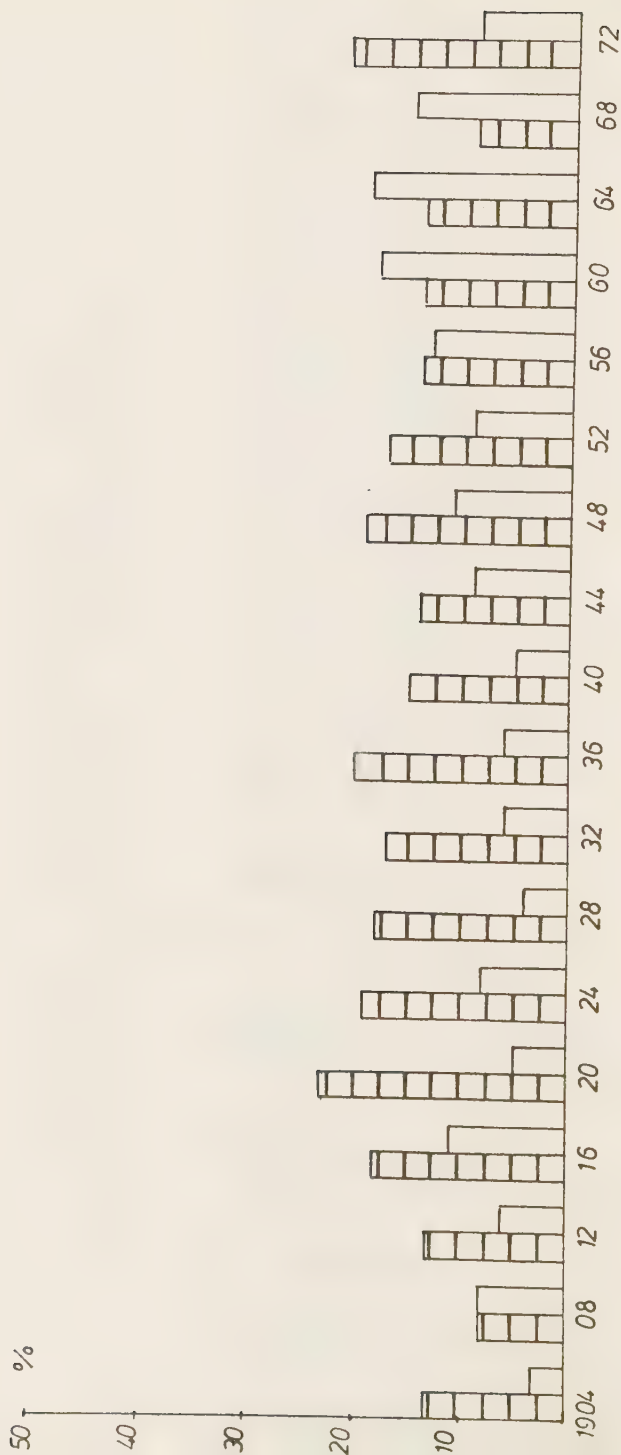


Abb. 29b: Vergleich der prozentualen Häufigkeit der Diagnose "schizophrener Formenkreis" (1. Balken) bzw. "manisch-depressiver Formenkreis" (2. Balken) bei den männlichen Patienten der Universitätsnervenklinik München in den Jahren 1904 bis 1972

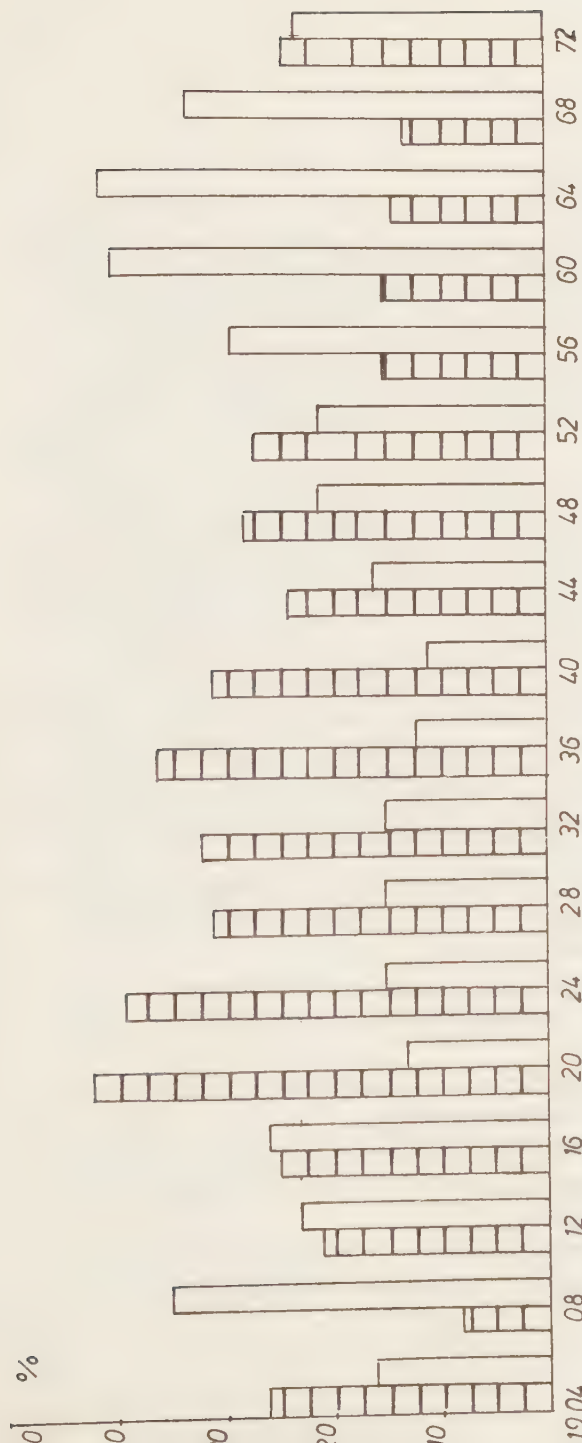


Abb. 29c: Vergleich der prozentualen Häufigkeit der Diagnose "schizophrener Formenkreis" (1. Balken) bzw. "manisch-depressiver Formenkreis" (2. Balken) bei den weiblichen Patienten der Universitätsnervenklinik München in den Jahren 1904 bis 1972

7. Zusammenfassung

Wir untersuchten die Häufigkeitsverteilung sämtlicher psychiatrischer Diagnosen am Gesamtpatientengut der Nervenklinik der Universität München in den Jahren 1904 bis 1972 sowie die Altersstruktur und Aufenthaltsdauer der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankung, Psychopathie und Neurose.

Dazu verwendeten wir die Diagnosebücher der Klinik, wobei wir jeden vierten Jahrgang sowohl im Hinblick auf die Gesamtpatientenzahl einer Diagnosegruppe als auch getrennt für Männer und Frauen auswerteten und die Ergebnisse graphisch darstellten. Weiterhin verglichen wir die mittlere Häufigkeit der einzelnen Diagnosen für die Zeiträume 1904 bis 36 und 1940 bis 72 sowie die mittlere Häufigkeit der Diagnosegruppen Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankung, organische Psychosen, Epilepsien, Suchten, Psychopathie und Neurose in den Amtszeiten der Klinikdirektoren KRAEPELIN (1904 - 22), BUMKE (1924 - 46) und KOLLE (1952 - 66).

Unsere Ergebnisse stellten wir anderen Langzeitstudien an den psychiatrischen Universitätskliniken in Heidelberg und Freiburg gegenüber.

Über den gesamten Untersuchungszeitraum kamen wir bei den wichtigsten Diagnosegruppen zu folgenden Ergebnissen:

1. Ein deutlicher Einfluß der jeweiligen Klinikdirektoren auf die prozentuale Häufigkeit speziell der Diagnosen Schizophrenie und manisch-depressive Erkrankung ließ sich in der ersten Hälfte unseres Untersuchungszeitraums feststellen.
2. Einer allgemeinen Entwicklung entspricht die Zunahme der Neurosen auf Kosten der Psychopathien, vor

allem in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg.

3. Die prozentuale Häufigkeit der Epilepsien blieb insgesamt relativ konstant, wobei sich auf Grund neuer Untersuchungsmethoden der Anteil der genuinen zu Gunsten der symptomatischen Epilepsien verschob.

4. Zahlenmäßig von untergeordneter Bedeutung und weitgehend unbeeinflusst blieb die Gruppe der organisch begründbaren Psychosen.

5. Bezüglich der Altersstruktur entspricht eine leichte Verschiebung zu den älteren Jahrgängen innerhalb unseres Untersuchungszeitraumes den Veränderungen in der Gesamtbevölkerung, wobei jeweils während der beiden Weltkriege der Anteil der jüngeren Jahrgänge unter den Patienten abnahm.

6. Für die Aufenthaltsdauer ließ sich ein Trend von Hospitalisierungen unter zwei Wochen zu zwei- bis achtwöchigen Aufenthalten feststellen.

Die Einführung der Psychopharmaka brachte keine für uns deutliche Verkürzung der Aufenthaltsdauer der Patienten.

In der Zeit des zweiten Weltkrieges war eine ausgeprägte Verkürzung der Aufenthaltsdauer zu beobachten.

8. Literaturverzeichnis

- 1) ACKERKNECHT, E.H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie
2. Auflage, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, (1967)
- 2) BARTH, L., O. BOETTCHER, F. BSCHOR, H. COPER, H. HIPPIUS
et al.: Zur Entwicklung des Rauschmittelmisßbrauchs in
Berlin. Perspektiven der heutigen Psychiatrie
Hrsg. Erhardt, 170, Gerhards u. Co, Ffm, (1972)
- 3) v. BAYER, W.: Zur Statistik und Form der abnormen
Erlebnisreaktionen in der Gegenwart.
Nervenarzt, 19, 402, (1948)
- 4) BIRNBAUM, K.: Zur Revision der psychiatrischen Krank-
heitsaufstellungen.
Mschr. Psychiatr. 68, 82, (1928)
- 5) BOCHNIK, H.J.: The methodological problem involved
in the limitation of depressive syndromes in european
psychiatry. Acta psychiatr. scand. Suppl. 162, Vol 37,
(1961)
- 6) BOCHNIK, H.J.: Faktoren nicht psychotischer Erschöpfungs-
und Versagenszustände.
Forum d. Psychiatrie 2, 35, (1961)
- 7) BUMKE, O.: Über die Umgrenzung des manisch-depressiven
Irreseins. Zentralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychia-
trie, 32. Jg., 1. Juniheft, Neue Folge, Bd. 20, (1909)
- 8) BUMKE, O.: Zur Paranoia Frage
Allg. Z. Psychiatr. 73, 373, (1917)

II

- 9) BUMKE, O.: Über die Schwankungen in der Häufigkeit der Paralyse in Deutschland
Arch. Psychiatr. 74, 2/4, 350, (1925)
- 10) BUMKE, O.: Die Revision der Neurosenfrage
Münch. Med. Wschr. 43, 1815, (1925)
- 11) BUMKE, O.: Jahresbericht der Psychiatrischen und Nervenkl. in München über die Jahre 1924/25
Arch. Psychiatr. 80, (1927)
- 12) BUMKE, O.: Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie (Fünf Vorträge)
Verlag Springer, Berlin, (1928)
- 13) BUMKE, O.: Über Psychoanalyse
Zentralbl. Psychotherap. 3, 650, (1930)
- 14) BUMKE, O.: Genuine Epilepsie und symptomatische epileptische Zustände
Handbuch d. Inneren Med., 3. Aufl., Bd. V, 1678, (1939)
- 15) COPER, H., H. HIPPIUS: Mißbrauch von Haschisch (Marihuana)
Dtsch. Ärztebl. 67, 1618, (1970)
- 16) Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, 2. Aufl., Verlag Springer, Berlin, (1971)
- 17) GAUPP, R.: Die Lehren Kraepelins in ihrer Bedeutung für die heutige Psychiatrie
Z. Neur. 165, 47, (1939)

III

- 18) GRUHLE, H.W.: I. Geschichtliches (über Schizophrenie)
Handbuch der Geisteskrankheiten, Hrsg. BUMKE,
Bd. IX, Spez. Teil V, 1, Verlag Springer, Berlin,
(1932)
- 19) HÄFNER, H., A.C. CESARINO, M. CESARINO - KRANZ:
Konstanz und Variabilität psychiatrischer Diagnosen
über sechs Jahrzehnte
Social psychiatry, Vol. 2, Nr. 1, (1967)
- 20) HIPPIUS, H.: Das Rauschmittelproblem im Widerstreit
der Meinungen
Dtsch. Med. Journal 22, 529, (1971)
- 21) HIPPIUS, H.: Alkoholismus - Einführung
Dtsch. Med. Journal 23, 501, (1972)
- 22) HIPPIUS, H.: Rauschdrogen - Gefahr für unsere Jugend
Dtsch. Ärzteblatt 69, 1807, Heft 26, (1972)
- 23) HOCHE, A.: Die Melancholiefrage
Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie,
33. Jg., 2. Märzheft, Neue Folge, Bd. 21, (1910)
- 24) HOCHE, A.: Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in
der Psychiatrie
Z. ges. Neurol. Psychiat. 12, 540, (1912)
- 25) Jahresbericht für die Königliche Psychiatrische Klinik
in München für 1904/5
J.F. Lehmanns Verlag, München, (1907)
- 26) Jahresbericht für die Königliche Psychiatrische Klinik
in München für 1906/7
J.F. Lehmanns Verlag, München, (1909)

- 27) Jahresbericht für die Königliche Psychiatrische Klinik
in München für 1908/9
J.F. Lehmanns Verlag, München, (1911)
- 28) JUNG, R.: Ein neurologisch-psychiatrisches Diagnosen-
schema
Nervenarzt, 19, 552, (1948)
- 29) JUNG, R.: Einleitung zur Kriegspsychiatrie
In Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III: Soziale und
Angewandte Psychiatrie, S. 569, Grune & Stratton,
New York, (1953)
- 30) KIELHOLZ, P., D. LADEWIG: Über Drogenabhängigkeit bei
Jugendlichen mit besonderer Berücksichtigung des
Haschischrauchens.
Dtsch. Med. Wschr. 95, 101, (1970)
- 31) KIELHOLZ, P.: Erscheinungsformen und Verbreitung des
Alkoholismus.
Dtsch. Med. Journal, 23, 502, (1972)
- 32) KOCH, J.L.A.: Die psychopathischen Minderwertigkeiten
Verlag O. Maier, Ravensburg, (1891)
- 33) KRAEPELIN, E.: Die Abgrenzung der Paranoia
Neur. Zbl. 2, 795, (1892)
- 34) KRAEPELIN, E.: Der Alkoholismus in München
Münch. Med. Wschr. 53, 737, (1906)
- 35) KRAEPELIN, E.: Psychiatrie
Bd. III, 8. Aufl., (1913)

- 36) KRAEPELIN, E.: Die Erforschung psychischer Krankheitsformen.
Z. ges. Neurol. Psychiat. 51, 224, (1919)
- 37) KRAEPELIN, E.: Die Erscheinungsformen des Irreseins
Z. ges. Neurol. Psychiat. 62, 1, (1920)
- 38) KRAEPELIN, E.: Krieg und Geistesstörungen
Münch. Med. Wschr. 67, 1235, (1920)
- 39) KRAEPELIN, E., zit. n. Verhandlungen psychiatrischer Vereine
Allg. Z. f. Psychiat. 76, 623, (1920/1)
- 40) KRAEPELIN, E., zit. n. STROHMAYER, W.: Angeborene und im frühen Kindesalter erworbene Schwachsinnzustände. In Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. X, Spez. Teil VI, 1, Verlag Springer, Berlin, (1928)
- 41) KUGLER, J. in The physiopathogenesis of the epilepsies, Ed. GASTAUT, H., Ch.C. THOMAS, 303, Publisher Springfield, Illinois
- 42) KUSCHLICK, A. zit. n. v. CRANACH, M., A. FINZEN: Sozialpsychiatrische Texte, S. 248, Verlag Springer, Berlin, (1972)
- 43) MAIER, H.W.: Der Kokainismus
Georg Thieme Verlag, Leipzig, (1926)
- 44) MEYER, J.-E.: Diagnostische Einteilungen und Diagnoseschemata in der Psychiatrie. In Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III, 130, Verlag Springer, Berlin, (1961)

- 45) MÜLLER, H.W., G. SCHEURLE: Statistische Erhebungen
über stationär untergebrachte psychisch Kranke,
II. Mitteilung.
Nervenarzt, 32. Jg., Heft 9, 418, (1961)
- 46) ÖHMIG, O.: Weiteres über die Abnahme des Alkohö-
lismus während des Krieges
Mschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 43, 354, (1918)
- 47) STRÖMGREN, E. in Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II:
Klinische Psychiatrie, S. 1, Verlag Springer, Berlin,
2. Aufl., (1972)
- 48) WALTHER - BÜEL, H.: Zur Apologie der Psychopathie
Mschr. Psychiatr. 124, 432, (1952)
- 49) ZUBIN, J.: Classification of the behavior disorders
Amer. Rev. Psychol. 18, 373, (1967)

Lebenslauf

Am 4. 6. 1949 wurde ich in Bad Peterstal/Schwarzwald als Sohn des Arztes Dr. med. Willy Höchter und seiner Ehefrau Maria, geb. Huber geboren.

Von 1956 bis 1960 besuchte ich die Volksschule in Bad Peterstal.

1960 trat ich in das Humanist~~ische~~che Gymnasium des Kollegs St. Blasien ein, wo ich im Sommer 1968 die Reifeprüfung ablegte.

Vom WS 1968 an studierte ich Humanmedizin an der Ludwig - Maximilians - Universität in München.

Dort absolvierte ich im April 1971 die ärztliche Vorprüfung und im Februar 1975 das ärztliche Staatsexamen.

Herrn Professor Dr. med. H. Hippius danke ich für die wohlwollende Überlassung des Themas und die Übernahme des Referats.

Herrn Dr. med. M. v. Cranach danke ich sehr für die Betreuung bei der Durchführung der Arbeit.

Für die Beratung bei der Bearbeitung der statistischen Probleme danke ich Herrn Dr. Hansert vom Max Planck Institut für Psychiatrie.

